

de la maladie d'Alzheimer et autres démences



Œuvre de Betty Richards

THÈME ABORDÉ :

Les recommandations pour le diagnostic et le traitement de la démence de la troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3)

Le point de vue de la première ligne 4

Peter Lin, M.D., CCFP

Que signifient-elles pour les patients atteints de MA et leurs aidants? 10

Dave Fost

Les répercussions sur les centres de soins prolongés 14

Maggie Gibson, Ph.D., C.Psych.;

Dorothy Forbes, I.A., Ph.D.;

David Conn, M.B., B.Ch., BAO, FRCPC

Prendre soin d'un proche atteint de démence 19

Dorothy Forbes, I.A., Ph.D.;

Maggie Gibson, Ph.D., C.Psych.;

David B. Hogan, M.D., FACP, FRCPC

Premier lien®: Tendre la main pour offrir de l'aide 30

la Société Alzheimer du Canada

de la maladie d'Alzheimer et autres démences



Photographie par Dalia Gottlieb-Tanaka, Ph.D.
Présidente de la *Society for the Arts in Dementia Care*

Sur la page couverture ...

Betty Richards est née en Alberta le 17 janvier 1913 et s'est intéressée aux arts dès un très jeune âge. Elle a commencé à prendre des cours de dessin et de peinture vers la fin de la trentaine et a continué à apprendre pour le restant de sa vie. Betty adorait le plein air et les arbres l'avaient toujours particulièrement fascinée. Au cours de cette séance, animée par D^{re} Dalia Gottlieb-Tanaka, Betty et d'autres personnes âgées se sont servies des portes vitrées donnant sur le jardin intérieur de leur centre de soins pour y coller leur feuille de peinture.

Les personnes âgées étaient inspirées par le majestueux cerisier et en ont produit diverses interprétations. Vous remarquerez que Betty a employé deux styles distincts dans sa peinture du feuillage. Elle avait commencé son œuvre le matin, mais après une pause de deux heures pour le dîner, Betty avait perdu le fil de son approche initiale et a complété son œuvre d'une manière légèrement différente. Cette peinture a fait partie d'une exposition d'art qui a attiré plus de 4 000 visiteurs dans une galerie de West Vancouver.

Comité de rédaction

PRÉSIDENT

Peter N. McCracken, M.D., FRCPC

Médecin en gériatrie
Glenrose Rehabilitation Hospital
Codirecteur, Département de gériatrie
Professeur de médecine,
University of Alberta
Edmonton (Alberta)

Paul J. Coolican, M.D., CCFP, FCFP

Médecin de famille, *St. Lawrence Medical Clinic*
Morrisburg (Ontario)
Membre du personnel médical,
Winchester District Memorial Hospital
Winchester (Ontario)

Shannon Daly, inf. aut., M. Sc. inf.

Infirmière clinique spécialisée en gériatrie,
Grey Nuns Community Hospital & Health Centre
Edmonton (Alberta)

Howard Feldman, M.D., FRCPC

Professeur de médecine,
Département de neurologie,
University of British Columbia
Directeur, *UBC Alzheimer Clinical Trials Unit*
Vancouver (Colombie-Britannique)

Serge Gauthier, M.D., CM, FRCPC

Professeur de neurologie et de
neurochirurgie, de psychiatrie et de
médecine, *Université McGill*
Centre McGill d'études sur le vieillissement
Montréal (Québec)

Bernard Groulx, M.D., CM, FRCPC

Psychiatre en chef, hôpital Sainte-Anne-de-
Bellevue
Professeur agrégé,
Université McGill
Centre McGill d'études sur le vieillissement
Montréal (Québec)

Nathan Herrmann, M.D., FRCPC

Professeur, *University of Toronto*
Chef, Service de gérontopsychiatrie
Sunnybrook Health Science Centre
Toronto (Ontario)

Peter J. Lin, M.D., CCFP

Ancien directeur médical,
Health and Wellness Centre, University of Toronto
Directeur, initiatives de projets de soins de
santé primaires, Centre canadien de
recherche en cardiologie
Directeur médical, *Lincorp Medical Inc.*
Toronto (Ontario)

Kenneth J. Rockwood, M.D., MPA, FRCPC

Professeur de gériatrie et de neurologie,
Chaire Kathryn Allen Weldon
Professeur de recherche sur la maladie
d'Alzheimer,
Université Dalhousie
Directeur, Réseau canadien d'application de
la recherche sur les démences
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Le Comité de rédaction examine en toute liberté les articles publiés dans cette revue et est responsable de leur exactitude. Les annonceurs n'exercent aucune influence sur la sélection ou le contenu des articles publiés.

Équipe de rédaction

Paul F. Brand
Directeur de la publication

Russell Krackovitch
Directeur de la rédaction,
projets spéciaux

Mandi Watson
Rédactrice en chef

Dana Wittenberger
Rédactrice-révisseuse
(français)

Donna Graham
Coordonnatrice de la
production

Dan Oldfield
Directeur de la
conception graphique

Jennifer Brennan
Services administratifs

Barbara Roy
Adjointe aux services administratifs

Robert E. Passaretti
Éditeur

Copyright 2008 STA HealthCare Communications inc. Tous droits réservés. Ce document est publié par STA HealthCare Communications inc. Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et elles ne reflètent pas nécessairement celles de l'éditeur. Les médecins doivent tenir compte de l'état de chaque patient et doivent consulter les monographies de produit approuvées officiellement avant de poser un diagnostic, de prescrire un traitement ou d'appliquer un procédé d'après les suggestions faites dans ce document, enregistrement n° 40063348.

Améliorer les soins dans la démence : La CCCDTD3 et le défi de l'application des connaissances

Par Kenneth Rockwood, M.D., MPA, FRCPC

Plus de dix ans après l'introduction des inhibiteurs de la cholinestérase dans le traitement de la maladie d'Alzheimer (MA), il demeure salutaire de participer à des rencontres de soutien aux aidants. Vous y entendrez souvent parler de difficultés à obtenir un diagnostic, ainsi que d'évaluations vite faites, de questions demeurées sans réponses et de perspectives nihilistes. Mais vous entendrez aussi parler de la rapidité et de la clarté avec lesquelles tel médecin a posé le diagnostic, démarré le traitement et procuré de l'autonomie au patient et aux aidants grâce à ses conseils et à son soutien.

Lorsque le médecin sait comment poser le diagnostic et démarrer une prise en charge complète, tout se passe mieux que si les connaissances n'étaient pas au rendez-vous. Le présent numéro de la *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences* contribue à élargir la diffusion de ces connaissances, en résumant les résultats de la troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence. Nos articles jettent un regard sur les recommandations à partir de plusieurs points de vue – notamment celui du patient. Ils contiennent des résumés pratiques et suggèrent de quelle façon certaines des recommandations peuvent s'intégrer à la pratique quotidienne.

Toutefois, il nous semble encore que nous pourrions en faire plus. Il reste d'importants obstacles systémiques au diagnostic et au traitement de la démence, que nos fidèles lecteurs connaissent bien. Avec le temps, ces obstacles seront surmontés – nos arguments sont fondés et le temps joue en notre faveur. Mais pourrions-nous, dès à présent, mieux faire avec les ressources disponibles? L'un des obstacles importants au diagnostic et à la prise en charge de la MA est le manque d'accès à des outils d'application des données probantes dans la pratique clinique. La plupart des études cliniques, par exemple, se servent de paramètres rarement utilisés en pratique quotidienne.

Peut-être pourrions-nous établir un parallèle avec l'insuffisance cardiaque, problème complexe avec lequel, la plupart des médecins de première ligne se sentent toutefois à l'aise. On ne se contente pas, dans ce domaine, d'exhorter les médecins à « évaluer la fonction du ventricule gauche ». Ils apprendront plutôt que quelques questions, du type « quelle distance pouvez-vous parcourir avant d'être essoufflé? » et « sur

combien d'oreillers dormez-vous? » (Orthopnée à deux oreillers) associées à quelques examens simples (mesure du poids et de la tension artérielle) sont d'une grande utilité pratique, bien avant la recherche d'un galop cardiaque ou l'examen de veines jugulaires parfois introuvables. Mais quel est l'équivalent, dans la démence, de l'orthopnée à deux oreillers ?

Beaucoup d'organismes tentent actuellement de combler les lacunes de transfert entre données probantes et pratique. Les Instituts de recherche en santé du Canada et la Société Alzheimer ont contribué à financer le Réseau d'application de la recherche sur les démences. Le Dr Howard Bergman de l'Université McGill préside un groupe de travail mis sur pied par le gouvernement du Québec dont le mandat est de proposer un plan d'action sur la maladie d'Alzheimer et les atteintes connexes : de la prévention jusqu'aux soins de fin de vie, notamment en ce qui a trait aux projets de recherche à entamer. Si vous aviez à suggérer, pour la démence, un équivalent de l'orthopnée à deux oreillers dans l'insuffisance cardiaque, faites-le-moi savoir et je proposerai de faire évaluer votre suggestion (kenneth.rockwood@cdha.nshealth.ca). Mon choix personnel : les répétitions, symptôme fréquent et dérangent pour les aidants. « La personne dont vous prenez soin répète-t-elle souvent la même question? Combien de fois? Raconte-t-elle, à répétition, la même histoire? » Ces questions m'aident à différencier les pertes de mémoire de la démence, bien que des études supplémentaires soient nécessaires pour en évaluer la spécificité. Elles semblent constituer également de bons marqueurs de réponse au traitement et, dans le cas de cette affirmation, je peux fournir de meilleures données^{1, 2}.

Faites part de vos idées à vos collègues. Travaillons tous ensemble à améliorer les soins dans la démence, en développant une approche pragmatique du diagnostic et du traitement.

Références :

1. Asp E, Cloutier F, Fay S, et coll. Verbal repetition in patients with Alzheimer's disease who receive donepezil. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:426-31.
2. Rockwood K, Fay S, Jarrett P, et coll. Effect of galantamine on verbal repetition in AD: a secondary analysis of the VISTA trial. *Neurology* 2007; 68:1116-21.

Le point de vue de la première ligne

La troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3) a conduit à la rédaction d'une série d'articles d'analyse portant sur le diagnostic et le traitement de la démence. Ces articles visent à fournir des conseils détaillés, fondés sur des données probantes, à tous les professionnels de la santé engagés dans les soins aux patients atteints de démence. La maladie d'Alzheimer et les autres démences étant des affections rencontrées en médecine de première ligne, il est important que les cliniciens qui y œuvrent soient familiers avec la longue liste de recommandations maintenant disponible.

Par Peter Lin, M.D., CCMF

La troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3) s'est déroulée en mars 2006 à Montréal. Lors de cette rencontre, et au cours des 18 mois qui ont suivi, des professionnels de la santé canadiens s'intéressant à la démence ont analysé l'ensemble des données disponibles et rédigé une série d'articles d'analyse portant sur le diagnostic et le traitement de la démence¹⁻¹⁸, qui ont été publiés dans un numéro spécial de la revue *Alzheimer & Dementia* en octobre 2007.

Cet ensemble d'articles fournit des conseils détaillés, fondés sur

des données probantes, à tous les professionnels de la santé engagés dans les soins aux patients atteints de démence soupçonnée ou confirmée. Gériatres et neurologues spécialisés dans la maladie d'Alzheimer (MA) et les autres démences sont maintenant très familiers avec les publications de la CCCDTD3, mais les généralistes connaissent sans doute moins bien la longue liste des recommandations qu'elles contiennent.

L'analyse qui suit souligne, dans les articles de la CCCDTD3, les principaux éléments d'intérêt pour le diagnostic et la prise en charge de la MA en première ligne.

En quoi les recommandations de la CCCDTD3 sont-elles importantes pour les médecins de première ligne ?

La MA et les autres démences sont des affections couramment rencontrées en première ligne. Les médecins de première ligne posent la plupart des diagnostics de démence, fournissent la plus grande

partie du counseling initial aux patients, à leurs familles et/ou à leurs aidants et sont généralement responsables de la plus grande partie du suivi une fois le diagnostic posé.

Bien que la MA soit déjà fort courante de nos jours, elle ne le sera que plus dans les années qui viennent. La prévalence de la MA étant clairement liée à l'âge, le vieillissement de la population dans les sociétés occidentales signifie qu'une proportion de plus en plus grande de la population sera à risque élevé de MA¹⁹. Afin de réduire les répercussions de la maladie sur un nombre grandissant de patients et de familles, de même que le fardeau résultant sur le système de santé, les médecins de famille devront utiliser des stratégies optimales fondées sur des preuves.

Comme toute conférence produisant guides de pratique clinique et consensus, la CCCDTD3 rend d'importants services aux médecins de première ligne. Elle leur permet

Peter J. Lin, M.D., CCMF
Ancien directeur médical,
*University of Toronto
Health & Wellness Centre
at Scarborough*
Directeur, Primary Care Initiatives,
Canadian Heart Research Centre
Directeur médical,
LinCorp Medical Inc.
Toronto (Ontario)

de pratiquer une médecine fondée sur des preuves sans avoir à lire, à analyser et à évaluer eux-mêmes toutes les données probantes. La CCCDTD3 et son comité d'orientation réunissaient un ensemble d'experts, notamment des neurologues, des gériatres, des psychiatres gériatriques et des médecins de première ligne. Ces experts ont systématiquement analysé les données probantes disponibles et distillé une quantité impressionnante d'études cliniques, de méta-analyses et de revues systématiques pour en extraire des messages à retenir et des recommandations pratiques.

Identifier les patients à risque de MA

Les médecins de première ligne rencontrent une grande variété de patients dans leur pratique quotidienne chargée. Bien évidemment, tous ces patients ne présentent pas un risque immédiat de MA. Les adultes âgés présentent un risque plus élevé, mais l'âge ne représente pas le seul facteur de risque de démence.

L'un des aspects importants de la prise en charge globale de la MA par les médecins de famille consiste donc à se familiariser avec les principaux facteurs de risque de la maladie. La CCCDTD3 a produit une revue systématique des facteurs de risque généraux, dont le Tableau 1 donne un résumé¹⁰.

Bien que les auteurs de la CCCDTD3 reconnaissent que, dans le cas de nombreux facteurs de risque, les données soient non concluantes ou contradictoires, ils terminent leur analyse en affirmant que les recherches à venir devront

Tableau 1

Facteurs de risque et facteurs de protection dans la maladie d'Alzheimer¹⁰

| Facteurs de risque | | |
|--|---------------------|---|
| Risque relatif | IC 95 % | |
| Hypertension systolique | 1,5 2,3* | 1,0 – 2,3 1,0 – 5,5 |
| TAD < 65 mm Hg | 1,7 | 1,1 – 2,4 |
| TD > 84 mm Hg | 1,4 | 1,0 – 2,0 |
| TD < 70 mm Hg | 1,7 | 1,2 – 2,3 |
| Baisse de la TAS ≥ 15 mm Hg | 3,1 | 1,3 – 7,0 |
| TAS < 140 mm Hg | 2,2 | 1,2 – 3,8 |
| AVC | 1,83 | 1,14 – 2,95 |
| Cholestérol sérique élevé | 2,1 | 1,0 – 4,4 |
| Homocystéine sérique élevée | 2,11 | 1,19 – 3,76 |
| TSH sérique abaissée | 3,5 | 1,1 – 11,5 |
| Dépression (hommes) | 4,2* | 2,1 – 8,8 |
| Tabagisme | 1,10 1,99 | 0,94 – 1,29 1,33 – 2,98 |
| Exposition à des toxines (pesticides, fertilisants, fumigation, défoliants) | 4,35 | 1,05 – 17,9 |
| Blessure à la tête (modérément grave) | 2,32 | 1,04 – 5,1 |
| Blessure à la tête (grave) | 4,51 | 1,77 – 11,47 |
| Facteurs de protection | | |
| | Risque relatif | IC 95 % |
| Consommation de poisson > une fois par semaine | 0,3 | 0,1 – 0,9 |
| Consommation modérée de vin (250 ml/jour - 500 ml/jour) | 0,53 | 0,3 – 0,95 |
| Activité physique, niveau le plus élevé | 0,5 0,55 0,69 | 0,28 – 0,9 0,34 – 0,88 0,5 – 0,96 |
| Instruction > 15 ans c. < 12 ans | 0,48 | 0,27 – 0,84 |
| Hypolipémiant (âge < 80 ans) | 0,26* | 0,08 – 0,88 |
| AINS | 0,42 | 0,26 – 0,66 |
| Toute vaccination | 0,4 | 0,17 – 0,96 |
| Vaccin : poliomyélite | 0,6 | 0,37 – 0,99 |
| Vaccin : diphtérie ou tétanos | 0,41 | 0,27 – 0,62 |
| *Rapport des cotes | | |
| TAS : tension artérielle systolique | | TD : tension différentielle |
| TAD : tension artérielle diastolique | | TSH : thyroïdostimuline |
| AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens | | |
| Les résultats multiples pour un même facteur proviennent d'études différentes. | | |

porter sur les facteurs de risque les plus modifiables, notamment l'hypertension, l'hypercholestérolémie, le manque d'activité

Tableau 2

Dépistage : tests cognitifs rapides recommandés⁵

- MOCA (*Montreal Cognitive Assessment Test*)
- DemTect
- BNA (*Behavioral Neurology Assessment*)
- GPCOG (*General Practitioner Assessment of Cognition*)
- 7MS (*Seven-minute screen*)

(N.B. : ces tests sont préférables au MMSE et au test de l'horloge)

physique et mentale, le tabagisme et les facteurs diététiques.

Les médecins de première ligne n'ont donc pas à rechercher eux-mêmes de nouveaux facteurs de risque, lorsqu'ils évaluent le niveau de risque de MA d'un patient en particulier. La recherche des facteurs de risque susmentionnés faisant déjà partie de l'évaluation globale de la santé, les

la MA soit avant tout un diagnostic clinique. On peut résumer les critères cliniques du diagnostic de la façon suivante : détérioration progressive, à début graduel, de la mémoire et d'au moins un autre domaine cognitif, ne pouvant être expliquée par une autre atteinte générale ou neurologique²⁰. L'une des recommandations affirme que « le diagnostic de maladie

Sur le plan du diagnostic, l'une des recommandations les plus importantes à avoir été approuvée par le groupe de la CCCDTD3, du moins pour les médecins de première ligne, suggère que le diagnostic de la MA soit avant tout un diagnostic clinique.

cliniciens n'ont qu'à garder à l'esprit qu'ils ne s'appliquent pas seulement aux maladies cardiovasculaires et au diabète, mais également à la MA.

Quelles sont les recommandations portant sur le diagnostic ?

Sur le plan du diagnostic, l'une des recommandations les plus importantes à avoir été approuvée par le groupe de la CCCDTD3, du moins pour les médecins de première ligne, suggère que le diagnostic de

d'Alzheimer peut être posé avec une grande spécificité lorsque le tableau clinique consiste en une perte de mémoire » [trad]⁴.

La CCCDTD3 recommande que tous les patients chez qui le médecin soupçonne une MA soient soumis à un examen rapide de dépistage⁵. Bien que le MMSE (*Mini-Mental State Examination*) et le test de l'horloge soient les plus connus et probablement les plus utilisés, les auteurs de la CCCDTD3 présentent des preuves à l'effet que plusieurs autres examens soient plus sensibles, pour

différencier la démence de l'état normal. Ces examens comprennent le MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*)²¹, le DemTect²², le BNA (*Behavioral Neurology Assessment*)²³, le GPCOG (*General Practitioner Assessment of Cognition*)²⁴ et le 7MS (*Seven-minute Screen*)²⁵ (voir Tableau 2).

Les cliniciens n'ont pas à se familiariser avec chacun de ces tests, dûment validés et entérinés. N'importe lequel d'entre eux peut être adopté dans le cadre de la pratique clinique. Le choix d'un test relève du goût personnel et de l'aisance à l'effectuer.

Autre recommandation de la CCCDTD3 ayant une pertinence en première ligne : celle d'effectuer un dosage sérique de vitamine B12 chez tous les patients présentant des symptômes de démence ou de détérioration des fonctions cognitives⁶.

Traitement de la MA

MA légère à modérée. Les auteurs des recommandations de traitement de la CCCDTD3 ont procédé à un examen approfondi des publications disponibles. Le niveau de preuve des diverses recommandations a été adjugé à partir de la qualité des données des études sur lesquelles les recommandations étaient fondées¹².

Il est à noter que les auteurs de la CCCDTD3 affirment que la plupart des patients atteints de démence peuvent être évalués et suivis par leur médecin de première ligne¹². Ce suivi comprend la prise en charge optimale de toute maladie concomitante.

On a démontré que certaines mesures non pharmacologiques

pouvaient apporter de modestes améliorations dans le fonctionnement quotidien des patients atteints de MA. Ainsi, on a démontré que des programmes d'exercice individualisés avaient des répercussions positives sur la performance fonctionnelle. Là où cela est possible, il faut envisager de diriger tous les patients atteints de MA légère à modérée vers un professionnel expérimenté dans l'élaboration de tels programmes¹².

Dans le cas du traitement pharmacologique, les recommandations de la CCCDTD3 entérinent l'utilisation des inhibiteurs de la cholinestérase dans la MA légère à modérée (c.-à-d. le donépézil, la rivastigmine et la galantamine). Le donépézil est également indiqué dans la MA modérée à grave. Les auteurs recommandent de choisir un médicament à partir de son profil d'effets indésirables, de sa facilité d'utilisation, de la familiarité du médecin avec chaque médicament et des convictions du médecin quant aux différences entre les divers médicaments, en termes de pharmacocinétique et d'autres caractéristiques pharmacologiques (Tableau 3)¹².

La mémantine, qui ne fait pas partie des inhibiteurs de la cholinestérase, est également recommandée comme option dans le traitement de la MA modérée à grave, mais n'est pas recommandée dans la MA légère. De plus, on peut envisager l'ajout de la mémantine au donépézil (inhibiteur de la cholinestérase) dans la MA modérée à grave.

Les inhibiteurs de la cholinestérase et/ou de la mémantine

Tableau 3

Facteurs à considérer lors du choix d'un inhibiteur de la cholinestérase dans la MA légère à modérée¹²

- Profil d'effets indésirables
- Facilité d'utilisation
- Familiarité
- Convictions du médecin quant à l'importance des différences entre médicaments en termes de pharmacocinétique et d'autres caractéristiques pharmacologiques

L'observance du traitement est particulièrement problématique chez les patients atteints de démence. La participation des aidants et/ou de la famille est essentielle à l'observance optimale, même chez les patients initialement capables de se charger eux-mêmes de prendre leurs médicaments.

peuvent également s'avérer efficaces pour maîtriser les symptômes comportementaux et/ou psychiatriques de la démence¹².

En plus des inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine, les auteurs de la CCCDTD3 ont examiné le rôle potentiel de divers autres traitements. Ils ont conclu que les produits suivants ne sont pas recommandés dans le traitement de la MA : vitamine E, idébénone, vitamine B1, vitamine B6, vitamine B12, acide folique, anti-inflammatoires, statines, œstrogènes ± progestérone. De plus, ils ont rapporté que les preuves concernant l'efficacité du *Ginkgo biloba* et des androgènes étaient soit insuffisantes, soit contradictoires. D'autres études cliniques seront nécessaires avant de pouvoir confirmer ou réfuter l'utilité de ces produits dans la MA¹².

Les auteurs de la CCCDTD3 reconnaissent l'importance d'un suivi régulier chez les patients

atteints de MA. Ils recommandent des réévaluations périodiques et la consignation au dossier de notes détaillées, afin de pouvoir déterminer si le patient est dans une phase de stabilisation, de détérioration ou d'amélioration. Le suivi devrait comprendre, autant que possible, les commentaires des aidants¹².

L'observance du traitement est particulièrement problématique chez les patients atteints de démence. La participation des aidants et/ou de la famille est essentielle à l'observance optimale, même chez les patients initialement capables de se charger eux-mêmes de prendre leurs médicaments. La nature progressive de la MA fait qu'à partir d'un certain moment, le patient deviendra incapable d'effectuer cette tâche.

Le médecin devrait également connaître les autres médicaments du patient. Les médicaments à

Tableau 4

Raisons d'envisager de diriger le patient vers un spécialiste¹²

- Incertitude persistante quant au diagnostic après évaluation initiale et suivi
- Demande d'une autre opinion de la part du patient ou de la famille
- Présence de dépression significative
- Problèmes de traitement, échec de médicaments spécifiques à la MA
- Besoin d'aide dans la prise en charge du patient ou dans le soutien aux aidants
- Consultation génétique lorsque indiqué
- Intérêt du patient et/ou de sa famille pour les études sur le diagnostic et les traitements

propriétés anticholinergiques, en particulier, pourraient exacerber les symptômes de MA (l'une des caractéristiques physiopathologiques de la MA étant une diminution de l'activité cholinergique)¹². Il faut donc chercher, si possible, à substituer d'autres médicaments aux produits ayant une action anticholinergique.

La CCCDTD3 énonce sept contextes où il est recommandé

- aucune amélioration n'est constatée après un essai raisonnable;
- le patient présente des effets indésirables intolérables;
- les maladies concomitantes du patient rendent l'utilisation du médicament trop risquée ou futile (p. ex. : phase terminale);
- la démence du patient atteint un stade où le traitement ne produit plus d'avantages significatifs.

En plus d'accroître leurs connaissances et leur compréhension du diagnostic et de la prise en charge de la MA, les médecins de première ligne doivent savoir reconnaître les situations où l'expertise et l'expérience d'un spécialiste deviennent nécessaires.

d'interrompre le traitement pharmacologique de la MA¹² :

- le patient (ou son mandataire) décide de cesser le traitement;
- le patient refuse de prendre le médicament;
- le patient est si peu fidèle à son traitement que de le poursuivre serait inutile, et aucune alternative de prise en charge de l'administration du médicament n'est disponible;

MA grave. La CCCDTD3 définit la MA grave comme « le stade de la maladie où le patient devient totalement dépendant des aidants pour sa survie » [trad]¹³. À cette étape de la maladie, le suivi régulier est essentiel. On recommande des visites tous les quatre mois ou, chez les patients qui prennent des médicaments, tous les trois mois.

Les objectifs énoncés du traitement sont d'améliorer la qualité de

vie du patient et de l'aidant, de maintenir un fonctionnement optimal et de donner le plus de confort possible.

Du point de vue pharmacologique, un inhibiteur de la cholinestérase, avec ou sans mémantine associée, constitue une option raisonnable. On pourrait s'attendre à de modestes améliorations (ou du moins à une détérioration plus lente) de la cognition, du fonctionnement et des comportements. La CCCDTD3 recommande que le traitement médicamenteux soit maintenu jusqu'à ce qu'on ne puisse plus démontrer d'avantages¹³.

On peut envisager un traitement spécifique des symptômes comportementaux et psychiatriques. Par exemple, on recommande les antipsychotiques atypiques rispéridone et olanzapine contre l'agitation, les comportements agressifs et/ou la psychose. Il convient toutefois d'évaluer les risques et les avantages sur une base individuelle, et d'aviser les aidants des risques potentiels. Les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine peuvent être utilisés dans la dépression grave.

Vitamine B12. Si un patient atteint de MA, quel que soit le degré de l'atteinte, présente une diminution du taux sérique de vitamine B12, la CCCDTD3 recommande l'administration orale ou parentérale de cette vitamine, ce qui pourrait améliorer les fonctions cognitives et contrecarrer les effets nocifs du déficit en vitamine B12 sur de nombreux organes⁶.

Santé des aidants. Le médecin de première ligne doit également se préoccuper de la santé des aidants.

Lors de chaque visite, il devrait s'enquérir de la santé de l'aidant (et/ou des symptômes de démence qui posent le plus de problèmes à l'aidant) et offrir un traitement (sur place ou en dirigeant la personne vers un collègue) advenant un problème.

Consultation en spécialité pour les patients atteints de MA

En plus d'accroître leurs connaissances et leur compréhension du diagnostic et de la prise en charge de la MA, les médecins de première ligne doivent savoir reconnaître les situations où l'expertise et l'expérience d'un spécialiste deviennent nécessaires. Savoir quand diriger un cas complexe vers un spécialiste est tout aussi important que de savoir traiter les cas courants. Initialement, les médecins de première ligne ressentiront

peut-être le besoin de diriger la plupart de leurs cas vers des spécialistes, mais au fur et à mesure qu'ils deviendront familiers avec la prise en charge de ces patients, seuls les cas les plus complexes, s'éloignant du profil typique de la MA, seront dirigés en spécialité.

Dans certaines circonstances, la CCCDTD3 recommande que les patients soient dirigés vers un gériatre, un psychiatre gériatrique, un neurologue ou un autre professionnel possédant les connaissances et l'expérience nécessaires dans le traitement de la démence¹². Ces circonstances comprennent : incertitude persistante quant au diagnostic après évaluation initiale et suivi; demande d'une autre opinion de la part du patient ou de la famille; présence de dépression significative; problèmes de traitement ou échec de médicaments spécifiques à la MA; besoin d'aide dans la prise

en charge du patient ou dans le soutien aux aidants; consultation génétique lorsque indiqué; intérêt du patient et/ou de sa famille pour les études sur le diagnostic et les traitements (Tableau 4).

Conclusions

L'optimisation des stratégies de prise en charge dans la MA constitue un objectif important pour les médecins de première ligne. Les recommandations fondées sur des preuves apportées par les auteurs de la CCCDTD3 fournissent aux cliniciens des lignes de conduite concises et d'actualité leur permettant d'offrir une prise en charge optimale. La mise en application des recommandations de la CCCDTD3 représente une façon simple et efficace d'offrir des soins optimaux, pour le plus grand bien des patients atteints de MA, de leurs aidants et du système de santé en général.

Références :

1. Chertkow H. Introduction: The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 262-5.
2. Chertkow H, Nasreddine Z, Joannette Y, et coll. Mild cognitive impairment and cognitive impairment, no dementia: Partie A, concept and diagnosis. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 266-82.
3. Massoud F, Belleville S, Bergman H, et coll. Mild cognitive impairment and cognitive impairment, no dementia: Partie B, therapy. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 283-91.
4. Robillard A. Clinical diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 292-8.
5. Jacova C, Kertesz A, Blair M, et coll. Neuropsychological testing and assessment for dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 299-317.
6. Garcia A. Cobalamin and homocysteine in older adults: Do we need to test for serum levels in the work-up of dementia? *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 318-24.
7. Schipper HM. The role of biologic markers in the diagnosis of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 325-32.
8. Chow T. Structural neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 333-5.
9. Borrie M. Functional neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 336-40.
10. Patterson C, Feightner J, Garcia A, et coll. General risk factors for dementia: A systematic evidence review. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 341-7.
11. Patterson C, Feightner J, Garcia A, et coll. Primary prevention of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 348-54.
12. Hogan DB, Bailey P, Carswell A, et coll. Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 355-84.
13. Herrmann N, Gauthier S, Lysy PG, et coll. Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 385-97.
14. Bocti C, Black S, Frank C. Management of dementia with a cerebrovascular component. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 398-403.
15. Fisk JD, Beattie BL, Donnelly M, et coll. Disclosure of the diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 404-10.
16. Fisk JD, Beattie BL, Donnelly M, et coll. Ethical considerations for decision making for treatment and research participation. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 411-7.
17. Hsiung G-Y, Sadovnick AD. Genetics and dementia: Risk factors, diagnosis, and management. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 418-27.
18. Rockwood K, Bouchard RW, Camicioli R, et coll. Toward a revision of criteria for the dementias. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4): 428-40.
19. Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *CMAJ* 1994; 150(6): 899-913.
20. McKhann G, Drachman D, Folstein M, et coll. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984; 34(7): 939-44.
21. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et coll. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(4): 695-9.
22. Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, et coll. DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(2): 136-43.
23. Darvesh S, Leach L, Black SE, et coll. The behavioral neurology assessment. *Can J Neurol Sci* 2005; 32(2): 167-77.
24. Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et coll. The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(3): 530-4.
25. Solomon PR, Hirschhoff A, Kelly B, et coll. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Arch Neurol* 1998; 55(3): 349-55.

Que signifient-elles pour les patients atteints de MA et leurs aidants?

Les recommandations de la troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3) ont été conçues à l'intention des professionnels de la santé, mais plusieurs d'entre elles peuvent avoir des répercussions significatives pour les patients et leurs aidants. L'étude de certains points centraux des recommandations peut contribuer à instruire patients et aidants sur les soins à donner, et les aider à concevoir des attentes réalistes et informées sur l'évolution de la maladie et les divers types de traitement possibles.

Analyse de Dave Fost

À l'automne 2007, la troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3) a publié un ensemble complet d'articles d'analyse fournissant des recommandations détaillées sur le diagnostic, le traitement et l'évaluation de la maladie d'Alzheimer (MA)

et des autres démences¹. Bien que ces recommandations visaient essentiellement les professionnels de la santé (p. ex. : médecins de famille, neurologues et autres spécialistes engagés dans les soins aux patients atteints de MA), plusieurs importantes recommandations retrouvées dans ces documents ont des

répercussions significatives pour les patients et leurs aidants.

La présente analyse résume certaines de ces recommandations et discute de leurs répercussions sur les attentes des patients atteints de MA et de leurs aidants en matière de soins.

Prévention de la maladie d'Alzheimer

L'aspect le plus important des recommandations de la CCCDTD3 pour le public est peut-être la section portant sur la prévention de la MA². Afin de diminuer le risque de MA, les auteurs recommandent que les médecins s'assurent que leurs patients aient une tension artérielle (TA) normale. En cas de tension artérielle élevée, il faut la ramener à un niveau sécuritaire au moyen d'un traitement. Maintenir une tension artérielle normale étant également important pour prévenir les risques d'AVC, de crise cardiaque et d'autres problèmes, il s'agit d'un objectif que les médecins devraient

Au sujet de Dave Fost

Dave Fost est né à St. John's (Terre-Neuve), en 1944. En 1968, la *Billy Graham Evangelistic Association* lui demandait de se joindre à sa société cinématographique, *World Wide Pictures*. Après avoir été membre durant quatre ans, Dave a décidé de quitter la compagnie, de se marier et de fonder une famille. Plus tard, il lançait une entreprise à St. John's, avec des franchises partout à Terre-Neuve. Son entreprise ayant atteint 15 points de vente, lui et sa femme, Janet, ont décidé de déménager à Toronto (Ontario), avec leur famille, pour des raisons médicales.

Une fois à Toronto, Dave a rejoint les rangs de la *Billy Graham Evangelistic Association*, où il a travaillé à la *Crusade Associate Ministries* durant 16 ans jusqu'à sa retraite en janvier 2004.

Dave et sa femme ont deux filles et trois petits-enfants. C'est en 2002 que Dave a reçu officiellement un diagnostic de maladie d'Alzheimer. En 2004, il déménageait à Edmonton (Alberta). Depuis lors, Dave est très actif dans la Société Alzheimer de la région. Il participe à des forums publics et co-anime des groupes de soutien visant la maladie d'Alzheimer légère, à Edmonton. Il est également porte-parole du bureau national de la Société Alzheimer à Toronto.

rechercher pour tous leurs patients.

Les oestrogènes (seuls ou associés à la progestérone) – hormono-thérapie de remplacement (HTR) – sont également associés à un risque accru de MA². Les médecins devraient donc évaluer l'utilisation d'HTR chez les femmes d'âge mûr afin de déterminer si les avantages de maintenir le traitement sont supérieurs aux risques potentiels. Au sujet des nombreuses autres façons possibles de prévenir la MA, les auteurs des recommandations de la CCCDTD3 avertissent les lecteurs qu'aucune d'entre elles n'a été démontrée efficace de manière concluante.

Poser un diagnostic de MA et l'annoncer

La CCCDTD3 énonce clairement que le diagnostic de MA est généralement posé par le médecin de famille du patient², à partir de la description des symptômes par le patient et/ou les membres de sa famille. Essentiellement, le patient manifeste une tendance soutenue à des troubles de mémoire de plus en plus marqués, accompagnés de difficultés à effectuer ses tâches quotidiennes ou de modifications du comportement³.

Si le médecin soupçonne une MA ou une autre démence, on recommande qu'il effectue auprès du patient un « test cognitif rapide ». Il s'agit généralement d'un court test verbal réalisé par le médecin dans son bureau. Divers tests peuvent être utilisés; tous aident le médecin à déterminer si les changements notés sont des indices de démence ou si, moins marqués, ils font partie des signes normaux du

vieillesse. Le médecin devrait également vérifier, par une prise de sang, le taux sanguin de vitamine B12, souvent abaissé chez les patients atteints de MA⁴.

Si le diagnostic n'est toujours pas clair, le médecin peut opter pour envoyer le patient passer d'autres examens. La plupart du temps, ceux-ci seront prescrits par un spécialiste, mais le médecin de famille sera informé des résultats. Les examens réalisés pour aider à vérifier le diagnostic comprennent divers examens d'imagerie cérébrale (p. ex. : tomographie assistée par

Dans ce contexte, les patients devraient s'attendre à recevoir des informations sur la maladie : comment elle affecte le cerveau, quel en est le pronostic, comment la traiter. Cette dernière considération devrait conduire à l'élaboration d'un plan de visites régulières et à une discussion des traitements médicamenteux possibles, qui pourraient aider à retarder la progression de la maladie.

Conduite automobile et MA

La capacité de conduire est un thème important pour les patients et

L'aspect le plus important des recommandations de la CCCDTD3 pour le public est peut-être la section portant sur la prévention de la MA². Afin de diminuer le risque de MA, les auteurs recommandent que les médecins s'assurent que leurs patients aient une tension artérielle (TA) normale.

ordinateur [CT scan] tomographie axiale [CAT scan], imagerie par résonance magnétique [IRM])⁵. Des examens d'imagerie plus spécialisés peuvent également être utilisés dans les cas particulièrement complexes ; la tomographie par émission de positron [PET scan], et la gammatographie [SPECT scan] sont deux des méthodes utilisées pour vérifier la présence ou l'absence de changements cérébraux suggérant une MA⁶.

Une fois le diagnostic posé, la CCCDTD3 recommande aux médecins de communiquer les résultats au patient et à sa famille le plus rapidement possible. Les auteurs recommandent même que la possibilité de MA soit communiquée dès qu'on soupçonne la maladie.

leurs familles. Les recommandations de la CCCDTD3 le reconnaissent, et y consacrent une longue discussion. On y affirme que les médecins doivent dire à leurs patients atteints de MA que l'abandon de la conduite automobile est une conséquence inévitable de la maladie. On recommande que la capacité de conduire soit évaluée chez chaque patient individuellement. L'examen devrait être effectué par un professionnel de la santé et comporter un volet théorique et un volet pratique⁷. Si le patient réussit l'examen et est considéré apte à conduire, il devrait être réévalué six à douze mois plus tard (ou plus tôt dans certaines circonstances). Si, toutefois, le patient est considéré inapte à conduire, la

Tableau 1

Médicaments approuvés pour le traitement de la maladie d'Alzheimer

| Marque de commerce | Nom générique | Utilisation approuvée |
|--------------------|---------------|---|
| Aricept® | donézépil | <ul style="list-style-type: none"> Seul, dans la MA légère à modérée. Seul ou en association avec la mémantine, dans la MA modérée à grave. |
| Exelon® | rivastigmine | <ul style="list-style-type: none"> Seule, dans la MA légère à modérée. Seule ou en association avec la mémantine, dans la MA modérée à grave. |
| Reminyl® | galantamine | <ul style="list-style-type: none"> Seule, dans la MA légère à modérée. Seule ou en association avec la mémantine, dans la MA modérée à grave. |
| Ebixa® | mémantine | <ul style="list-style-type: none"> Seule ou en association avec donézépil, rivastigmine ou galantamine, dans la MA modérée à grave. |

La capacité de conduire est un thème important pour les patients et leurs familles. Les recommandations de la CCCDTD3 le reconnaissent, et y consacrent une longue discussion. On y affirme que les médecins doivent dire à leurs patients atteints de MA que l'abandon de la conduite automobile est une conséquence inévitable de la maladie.

décision est finale et aucun autre examen ne sera effectué.

Stratégies non médicamenteuses dans la MA

Les patients atteints de MA doivent savoir que la CCCDTD3 a recommandé des programmes d'exercices individuels pour aider à améliorer la performance fonctionnelle (c.-à-d. la capacité de vaquer aux activités de la vie quotidienne)⁷. Certains médecins de famille ont eux-mêmes participé à l'élaboration de tels programmes, sinon ils peuvent avoir des collègues possédant l'expertise nécessaire, vers lesquels ils peuvent diriger leurs patients.

Le rapport de la CCCDTD3 traite également d'autres stratégies

non médicamenteuses dans la MA, mais les auteurs affirment qu'il n'existe pas actuellement de preuves suffisantes pour les recommander.

Traitement médicamenteux de la MA

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de traitement curatif de la MA. Les traitements recommandés sont utilisés pour ralentir la progression inévitable de la maladie. Il existe essentiellement deux types de médicaments recommandés par la CCCDTD3, qu'un médecin pourrait choisir d'utiliser : les inhibiteurs de la cholinestérase et la mémantine. Les inhibiteurs de la cholinestérase disponibles au

Canada sont le donézépil, la rivastigmine et la galantamine (Tableau 1). Les recommandations affirment que la mémantine devrait être utilisée seule ou en association avec l'un des inhibiteurs de la cholinestérase dans la MA modérée à grave, alors que l'un des inhibiteurs de la cholinestérase devrait être utilisé dans la MA légère (Tableau 1)⁷. La CCCDTD3 ne fait pas de recommandation spécifique quant au choix de l'inhibiteur de la cholinestérase. Le choix est laissé au médecin, au patient et à sa famille, qui pourront en discuter afin de prendre une décision.

Recherche clinique. Au Canada, les patients peuvent généralement participer à des recherches cliniques sur la MA. Une fois le diagnostic posé, les médecins peuvent informer leurs patients de telles possibilités. Le patient devrait s'attendre à apprendre exactement sur quoi porte l'étude⁸ et ce qu'il doit faire pour y participer. Les médecins ne doivent exercer aucune pression sur les patients et leurs familles, pour ou contre leur participation à de telles études.

Plantes médicinales. La CCCDTD3 affirme qu'il n'existe pas de preuves suggérant qu'une plante médicinale ou un supplément vitaminique soit de quelque utilité que ce soit dans le traitement de la MA.

L'importance des aidants

Les auteurs des recommandations de la CCCDTD3 reconnaissent l'importance des aidants pour les patients atteints de MA. Environ 90 % de ces patients vivent à la maison, où des membres de la famille ou des amis prennent soin d'eux.

La CCCDTD3 encourage les médecins à réaliser que de prendre soin d'un être cher atteint de MA puisse avoir des effets négatifs sur la santé de l'aidant⁷. On encourage les médecins à tendre la main aux aidants, lors des rendez-vous, et à s'enquérir non seulement de la santé du patient atteint de MA, mais également de la santé de l'aidant lui-même.

De plus, on encourage les médecins à diriger les aidants vers des services de soutien dans la communauté, comme la Société Alzheimer, les cliniques de la mémoire et les programmes communautaires pour patients atteints de démence.

La CCCDTD3 affirme également que le traitement médical (p. ex. : inhibiteurs de la cholinestérase) des patients atteints de démence peut avoir des avantages indirects pour la santé des aidants à

travers, croit-on, une réduction de la durée des soins au patient.

Conclusions

La CCCDTD3 fournit aux médecins et autres professionnels de la santé des recommandations sur le diagnostic de la MA et sur les soins à donner aux patients. Cet outil d'éducation et de prise de décision constitue une ressource précieuse afin de

CCCDTD3 offrent des pistes intéressantes aux patients et aux aidants. L'étude de certains points centraux des recommandations peut contribuer à instruire patients et aidants sur les soins à donner, et les aider à concevoir des attentes réalistes et informées sur l'évolution de la maladie et les divers types de traitement possibles. En devenant des membres actifs et

Les auteurs des recommandations de la CCCDTD3 reconnaissent l'importance des aidants pour les patients atteints de MA. Environ 90 % de ces patients vivent à la maison, où des membres de la famille ou des amis prennent soin d'eux.

fournir les meilleurs soins possibles, à partir des meilleures recherches menées à ce jour.

En plus de fournir des informations aux professionnels de la santé, les recommandations de la

informés de l'équipe de soins, patients et aidants peuvent aider leur médecin à réduire les répercussions de cette terrible maladie et à fournir des soins de la meilleure qualité, le plus longtemps possible.

Références :

1. Chertkow H. Introduction: The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):262-5.
2. Patterson C, Feightner J, Garcia A, et coll. Primary prevention of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):348-54.
3. Robillard A. Clinical diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):292-8.
4. Garcia A. Cobalamin and homocysteine in older adults: Do we need to test for serum levels in the work-up of dementia? *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):318-24.
5. Chow T. Structural neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):333-5.
6. Borrie M. Functional neuroimaging in the diagnosis of dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):336-40.
7. Hogan DB, Bailey P, Carswell A, et coll. Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):355-84.
8. Fisk JD, Beattie BL, Donnelly M, et coll. Ethical considerations for decision making for treatment and research participation. *Alzheimer's & Dementia* 2007; 3(4):411-7.

Les répercussions sur les centres de soins prolongés

La troisième conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3) a produit un vaste ensemble de recommandations portant sur les soins et la recherche clinique dans la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence¹. Chacune de ces recommandations était détaillée et assortie d'un niveau de preuve¹. On trouvera l'ensemble des recommandations dans les articles publiés dans le numéro d'octobre 2007 de *Alzheimer's and Dementia*.

Compte tenu de la prévalence et de la gravité des problèmes de démence chez les résidents de centres de soins prolongés (CSP), le présent article met l'accent sur l'application des recommandations de la CCCDTD3 portant spécifiquement sur la démence grave. Notre but est d'explorer la pertinence particulière de ces recommandations pour les soins donnés dans l'environnement des CSP.

Par Maggie Gibson, Ph.D., C.Psych., Dorothy Forbes, I.A., Ph.D. et David Conn, M.B., B.Ch., BAO, FRCPC

Les centres de soins prolongés

Dans le contexte du présent article, nous utiliserons le terme centre de soins prolongés (CSP) de manière

Maggie Gibson, Ph.D., C.Psych.
Psychologue, Programme de soins des vétérans, *Parkwood Hospital, St. Joseph's Health Care London*, London (Ontario)

Dorothy Forbes, I.A., Ph.D.
Nouvelle chercheuse IRCS, Professeure agrégée, École d'infirmier, Faculté des sciences de la santé, *University of Western Ontario*, London (Ontario)

David Conn, M.B., B.Ch., BAO, FRCPC, Vice-président, Services médicaux et Psychiatre en chef, *Baycrest Geriatric Health Care System*, Professeur agrégé, Département de psychiatrie, *University of Toronto*

générique, pour désigner tout lieu de résidence de groupe accueillant des personnes âgées ou présentant des maladies chroniques, des handicaps et/ou des déficiences dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) nécessitant des soins de nursing quotidiens^{2,3}. Ce terme de référence peut comprendre des maisons de soins infirmiers, des centres de soins complexes et/ou des résidences-services. Les résidents de CSP se caractérisent par une grande diversité démographique et fonctionnelle.

Il existe une grande variabilité dans la façon de définir, de financer et de structurer les CSP selon la province ou le territoire. Il n'existe aucun critère national définissant l'équilibre optimal entre degré

d'expertise et étendue de pratique, et les ressources cliniques peuvent varier d'un CSP à l'autre. Ces ressources peuvent comprendre un ensemble de disciplines, mais les soins de nursing et les soins personnels prédominent. Typiquement, les résidents des CSP ont un médecin de famille assigné, lequel collabore avec les membres du personnel du CSP à résoudre les divers problèmes de santé rencontrés.

Statistique Canada a récemment publié *Un portrait des aînés au Canada*⁴. Ce rapport approfondi décrit les caractéristiques de la génération actuelle d'aînés. Actuellement, seulement 7 % des aînés vivent en résidence de groupe (principalement des maisons de soins infirmiers ou des hôpitaux), toutefois, la probabilité de placement en établissement augmente

avec l'âge; elle va de 2 % entre 65 et 74 ans à 32 % à partir de 85 ans. Le taux de mortalité décline partout sauf dans le groupe le plus âgé (90 ans et plus). Les femmes continuent à vivre plus longtemps que les hommes, bien que l'écart diminue.

L'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada a révélé que 50 % des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (AD) diagnostiquée se situaient au stade modéré ou grave de la maladie, alors que ce pourcentage s'élevait à 90 % chez les résidents de CSP⁵. En plus de leurs problèmes de mémoire, beaucoup de résidents de CSP présentaient des symptômes comportementaux et psychologiques de démence (SCPD) devenant de plus en plus prévalents et perturbants au fur et à mesure de la progression de la maladie^{6,7}. Les SCPD fréquents comprennent agitation, comportements agressifs, errance, comportements répétitifs ou bizarres, cris, désinhibition et comportements sexuels inappropriés.

La démence grave

Les recommandations portant sur le diagnostic et le traitement de la démence légère à modérée⁸ s'appliquent aux résidents des CSP tout comme aux patients vivant dans la communauté. Toutefois, nous avons deux raisons importantes de mettre l'accent sur la démence grave. D'abord, les CSP représentent le lieu de résidence le plus probable des personnes atteintes de démence grave et, deuxièmement, les CSP présentent la particularité unique de regrouper de nombreuses personnes atteintes de démence grave dans un

même lieu de résidence de groupe. La CCCDTD3 a fait consensus sur 17 recommandations portant sur la prise en charge de la démence grave⁵, présentées dans le Tableau 1. Le niveau de preuve de chacune de ces recommandations, figurant dans le document, varie selon le cas⁵.

Les recommandations du Tableau 1, qui portent sur l'évaluation (recommandations 1-3), la prise en charge médicale (recommandations 4,5 et 17) et l'usage approprié des médicaments (recommandations 6,7, 11-16), s'appliquent quel que soit le lieu de vie de la personne atteinte de démence. Cette affirmation, implicite en général, est explicitement formulée dans le cas de la recommandation 7 :

- Les inhibiteurs de la cholinestérase et/ou la mémantine doivent être donnés jusqu'à ce qu'aucun avantage clinique ne puisse plus être démontré.
- Le traitement ne doit pas être interrompu uniquement pour cause de placement en établissement.

La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a récemment élaboré des règles de pratique clinique portant sur l'évaluation et le traitement de problèmes de santé mentale dans les CSP^{2,3}. Il existe certaines différences entre les recommandations pharmacologiques de la CCCDTD3 et celles de la CCSMPA. La CCCDTD3 recommande la rispéridone et l'olanzapine pour l'agitation grave, les comportements agressifs et la psychose. La CCSMPA ajoute la quétiapine à la liste. Pour les symptômes comporlemen-

taux graves sans psychose, les recommandations de la CCSMPA comprennent l'utilisation d'anti-psychotiques atypiques, de trazodone et d'inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) tels que le citalopram. La CCCDTD3 affirme que les preuves permettant de recommander ou non la trazodone dans l'agitation non psychotique sont insuffisantes, et recommande les ISRS uniquement dans le traitement de la dépression.

Toutefois, le plus épineux problème soulevé par ces recommandations est celui de l'allocation des ressources. Des changements devront être apportés au système pour s'assurer que tous les résidents de CSP aient un accès équitable aux médicaments disponibles et à l'expertise professionnelle nécessaire à leur usage adéquat. Par exemple les CSP devraient disposer, au minimum, d'un protocole d'évaluation, d'une politique de réévaluation périodique obligatoire des résidents, ainsi que des ressources permettant de consulter des experts à l'extérieur, le cas échéant. Il est important de noter que, dans la plupart des provinces canadiennes, le coût des inhibiteurs de la cholinestérase n'est plus couvert par le gouvernement une fois que le MMSE (*Mini-Mental State Examination*) baisse sous la barre des 10 points. De plus, le coût de la mémantine n'est pas couvert par la plupart des provinces.

Les trois autres recommandations (recommandations 8-10) présentent un intérêt particulier dans le contexte des CSP, puisqu'elles traitent spécifiquement des thèmes de la sécurité et de la formation. Sécurité et forma-

Tableau 1

Recommandations de prise en charge de la maladie d'Alzheimer grave⁵

1. On définit la maladie d'Alzheimer grave comme étant le stade de la maladie ou le patient devient totalement dépendant de soignants pour sa survie. Cet état s'accompagne généralement d'un score inférieur à 10 sur l'échelle MMSE et d'un score de 6 ou 7 à l'échelle GDS.
2. Les patients atteints de MA grave doivent être évalués tous les quatre mois au moins, et tous les trois mois s'ils reçoivent des médicaments pour traiter la MA.
3. L'évaluation doit porter sur : cognition (p. ex. : MMSE), fonctionnement, comportement, problèmes médicaux, nutrition et sécurité, ainsi que santé des soignants.
4. Les objectifs de la prise en charge sont d'améliorer la qualité de vie des patients et des soignants, de maintenir un degré de fonctionnement optimal et d'offrir le plus de confort possible.
5. La prise en charge médicale comprend : traitement des affections médicales intercurrentes (p. ex. : infections, parkinsonisme, convulsions, ulcères de décubitus), soulagement de la douleur, amélioration du statut nutritionnel et optimisation des fonctions sensorielles.
6. Les patients atteints de MA grave peuvent recevoir des inhibiteurs de la cholinestérase et/ou de la mémantine. Les avantages escomptés pourraient comprendre une légère amélioration, ou un ralentissement de la détérioration, de la cognition, du fonctionnement et des comportements.
7. Les inhibiteurs de la cholinestérase et/ou la mémantine doivent être donnés jusqu'à ce qu'aucun avantage clinique ne puisse plus être démontré. Le traitement ne doit pas être interrompu uniquement pour cause de placement en établissement.
8. La prise en charge de patients présentant des SCPD débute par l'évaluation appropriée, le diagnostic et la recherche de symptômes cibles, ainsi que par la prise en compte de la sécurité du patient, du personnel soignant et des autres personnes présentes dans l'entourage.
9. Les traitements non pharmacologiques doivent être utilisés en premier. Les approches pouvant être utiles dans la MA grave comprennent : prise en charge comportementale de la dépression et programmes de formation du personnel et des aidants portant sur divers comportements. Musique et interventions multisensorielles sont utiles durant les sessions de traitement mais on n'a pas démontré d'avantages à long terme à leur utilisation.
10. Les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques doivent débiter simultanément en cas de dépression importante, de psychose ou de comportements agressifs dangereux pour le patient ou pour les autres.
11. Les interventions pharmacologiques ciblant les SCPD doivent commencer à la plus faible dose possible. L'augmentation des doses doit se faire lentement, en effectuant un suivi aux plans de l'efficacité et de l'innocuité.
12. Après trois mois de stabilité des comportements, il faut tenter de diminuer et d'interrompre les médicaments pour les SCPD, à partir de critères standardisés.
13. La rispéridone et l'olanzapine peuvent être utilisées contre l'agitation grave, les comportements agressifs et la psychose. L'utilisation des antipsychotiques nécessite une évaluation comparée des avantages escomptés et des risques possibles du traitement (p. ex. : effets indésirables vasculaires cérébraux et risque de mortalité).
14. Les données disponibles sont insuffisantes pour permettre de recommander ou de déconseiller la trazodone dans la prise en charge des patients agités non psychotiques.
15. Les benzodiazépines ne doivent être utilisées que pour de courtes périodes, au besoin seulement.
16. Les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine peuvent être utilisés dans le traitement de la dépression grave.
17. Si les SCPD ne s'améliorent pas malgré les interventions tant pharmacologiques que non pharmacologiques, il faut orienter le patient vers des soins spécialisés.

MA : maladie d'Alzheimer ; GDS: *Global Deterioration Scale*; MMSE : *Mini-Mental State Examination* ; SCPD : symptômes comportementaux et psychologiques de démence.

tion sont des thèmes importants dans tous les environnements où vivent des personnes atteintes de démence, mais la façon dont ils s'articulent concrètement varie selon le type de contexte. La particularité de l'environnement des CSP tient à la vie de groupe, un grand nombre de patients atteints de démence passant le plus clair de leur temps en contact étroit les uns avec les autres. Nous nous pencherons sur les répercussions des recommandations 8 à 10 dans le contexte spécifique des CSP. Pour faciliter la discussion, intéressons-nous au cas de M^{me} Smith, résidente typique d'un CSP.

Présentation du cas

M^{me} Smith est une dame de 85 ans atteinte de plusieurs maladies chroniques, dont une affection musculosquelettique limitant sa mobilité, ainsi que de déficits sensoriels (vue et audition). Elle est incontinente, amaigrie et présente une démence modérée à grave. Elle est désorientée dans le temps, l'espace et les personnes, et occasionnellement agitée (elle lance des cris et fait les cent pas, d'une démarche chancelante). Elle a besoin d'aide dans toutes les AVQ, et ne peut participer aux activités et programmes qu'au prix d'une aide importante, et uniquement dans ses « bons jours ». Elle est veuve, mais des membres de sa famille lui font de courtes visites, généralement la fin de semaine. Elle les reconnaît rarement. Elle passe le plus clair de son temps en présence d'autres résidents et de membres du personnel, sans participation ni interaction sociale significative.

M^{me} Smith est bien connue de l'équipe soignante, qui comprend le

personnel de l'établissement et son médecin consultant. Elle réside au CSP depuis 18 mois. Son médecin la voit pour des examens périodiques, et les tournées des infirmières s'accompagnent de peu de changements dans le plan de soins. Il arrive à l'occasion que la famille et le personnel ne s'entendent pas sur quelque aspect des soins mais, en général, les relations sont cordiales. La planification des soins de fin de vie est minimale (un ordre de « ne pas réanimer » figure au dossier), mais le personnel et la famille s'attendent à ce qu'elle décède éventuellement sur place.

Au cours d'une journée-type, le personnel soignant choisira d'ignorer, de détourner ou de rediriger une variété de comportements déments de M^{me} Smith (p. ex. : faire les cent pas, crier), en fonction du contexte : comportements remarquables ou non, perception d'un risque, ressources disponibles, déviance de la norme. Les comportements les plus inhabituels, les plus dangereux ou ayant le plus de conséquences ont plus de chances de résulter en un échange avec le médecin consultant ou avec la famille. Par exemple, si M^{me} Smith tombe ou dérange beaucoup un autre résidant, il s'ensuivra probablement une déclaration d'incident, laquelle produira une réaction. Une augmentation persistante de l'agitation et/ou des comportements agressifs sera source d'inquiétude importante, résultant en pressions visant à « faire quelque chose », du moins jusqu'à ce que les comportements disparaissent ou soient éclipsés par un événement plus important – par exemple les comportements inhabituels d'un autre

résidant. Retrait, évitement et périodes croissantes de passivité ont moins de chance de provoquer une réaction à court terme. Si les changements d'apparence et de comportement de M^{me} Smith sont suffisamment spectaculaires et persistants, il s'ensuivra une évaluation, afin de rechercher une cause sous-jacente, par exemple une infection urinaire. Si aucune affection traitable n'est identifiée, les attentes normatives quant à son comportement seront modifiées pour tenir compte des changements.

Application des recommandations (Tableau 1) :

La recommandation 8 porte sur deux types d'intervention. Le premier type d'intervention consiste dans l'évaluation appropriée, le diagnostic et la recherche des symptômes cibles. Il existe des méthodes bien établies d'évaluation des comportements, qui s'avèrent idéales au recueil des informations nécessaires dans le contexte des CSP^{9,10}. Dans le cas de M^{me} Smith, l'évaluation révèle que l'agitation est son comportement le plus préoccupant, puisqu'il comporte des risques pour elle-même (en cas d'agitation elle marche rapidement, en dépit de sa fragilité et du risque de chute) et pour les autres (elle risque de se cogner aux autres, de trébucher sur eux). L'analyse du comportement révèle que son agitation est souvent déclenchée par la frustration, sans que le besoin ou le désir à la source de cette frustration soit toujours apparent ou possible à satisfaire, par exemple lorsque ce qu'elle veut est entre les mains d'un autre résidant. Sa détresse émotionnelle évidente

se communique aux autres résidants, qui deviennent agités à leur tour. Le personnel ressent également de la frustration, surtout lorsque M^{me} Smith devient agitée à des moments d'intense activité, par exemple lors des changements de quart ou lorsque d'autres résidants manifestent, eux aussi, des comportements préoccupants. Si personne n'intervient, l'agitation de M^{me} Smith peut se transformer en comportements agressifs envers les autres, nonobstant sa fragilité. Si la patiente devient agitée en présence de membres de la famille, ceux-ci s'adressent des reproches, se sentent impuissants et deviennent hésitants à maintenir leur horaire de visites habituel.

Le deuxième type d'intervention sur lequel porte la recommandation 8 concerne la sécurité. Agitation, comportements agressifs, délire et comportements sexuels inappropriés sont source d'inquiétudes au plan de la sécurité. Ils comportent, en effet, des risques de dommages physiques et/ou mentaux pour la personne elle-même, pour la personne visée et même pour les témoins. Que les dommages soient intentionnels ou non, l'établissement de soins prolongés a le devoir de minimiser les risques et d'assurer la sécurité des résidants, des visiteurs et du personnel. Il faut donc, dans l'élaboration d'un plan d'intervention en réponse aux SCPD, prendre en compte non seulement leurs conséquences pour les résidants mais également pour l'ensemble de la communauté du CSP.

Dans le cas de M^{me} Smith, il est évident qu'un effet « contagieux »

de son comportement est probable, or les résidants sont vulnérables émotionnellement et physiquement. Il est donc vital que le personnel possède des compétences en intervention de crise et sache qu'une intervention précoce peut prévenir l'escalade. De plus, la culture de l'établissement doit reposer sur une philosophie d'amélioration de la qualité permettant au personnel de partager son expertise, d'apprendre des expériences et de s'entraider au besoin afin de créer un environnement thérapeutique plutôt que punitif. Il faut discuter explicitement des antécédents et des conséquences des comportements de M^{me} Smith et élaborer un plan d'action commun favorisant la prévention et le retour au calme.

Les recommandations de la CCSMPA^{2,3} endossent, elles aussi, l'utilisation initiale de méthodes non pharmacologiques, telle que décrite dans la recommandation 9 du CCCDTD3, tout en reconnaissant la nécessité de leur associer dès le départ une intervention pharmacologique lorsque les symptômes sont particulièrement marqués,

comme le souligne la recommandation 10 du CCCDTD3. Là encore, au moment de déterminer si les circonstances imposent des interventions simultanées plutôt que par étapes, il convient de prendre en compte l'ensemble de la communauté des CSP dans l'évaluation de la sécurité et des risques encourus.

En ce qui concerne les programmes de formation du personnel et des aidants, il faut reconnaître que les CSP varient quant aux ressources disponibles pour la formation et que l'intérêt et la disponibilité des familles et amis des résidants, quant aux activités de formation, sont également variables. Cela étant dit, il est clair que le manque de connaissances et de compétences peut compromettre les soins aux résidants et leur sécurité. Il persiste un besoin criant de critères, de stratégies et de recherches, dans le but d'optimiser l'utilisation des connaissances dans le contexte des CSP. Dans le cas de M^{me} Smith, certains membres de la famille ont manifesté leur engagement à s'occuper d'elle et ont exprimé un besoin d'informations

supplémentaires (ils sont inquiets de son agitation). Il importe que le CSP offre à la famille les informations et la formation nécessaires afin de les encourager à demeurer proche de M^{me} Smith et de contribuer à sa qualité de vie.

Conclusions

Les problèmes particuliers de la prise en charge de la démence dans les CSP tournent autour de la présence simultanée de plusieurs facteurs : densité de population élevée, gravité de la maladie et limitation des ressources thérapeutiques (notamment ratio personnel/résidants, niveau de formation et normes concernant la participation de la famille au milieu thérapeutique). Les changements démographiques continuant à progresser au Canada, le besoin de stratégies efficaces de prise en charge de la démence dans les CSP ne fera qu'augmenter. Il sera essentiel de continuer à analyser en profondeur les problèmes de sécurité, de gestion du risque et d'utilisation des connaissances dans les CSP, afin de favoriser l'évolution des soins dans cet environnement.

Références :

1. Chertkow H. Introduction: The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006. *Alzheimers Dement* 2007; 3(4):262-65.
2. Conn D, Gibson MC, Feldman S, et coll. National Guidelines for Seniors' Mental Health The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes (Focus on Mood and Behavior Symptoms) [Document disponible en anglais seulement]. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées, Toronto, 2006.
3. Conn DK, Gibson MC, Feldman S, et coll. National Guidelines for Seniors' Mental Health: The Assessment and Treatment of Mental Health Issues in Long Term Care Homes (Focus on Mood and Behavior Symptoms). *Canadian Journal of Geriatrics* 2006; 9(2):S59-S64.
4. Turcotte M, Schellenberg G. Un portrait des aînés au Canada 2006. Ministère de l'industrie, Ottawa, 2007.
5. Herrmann N, Gauthier S, Lysy PG. Clinical practice guidelines for severe Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 2007; 3(4):385-97.
6. Boller F, Verny M, Hugonot-Diener L, Saxton J. Clinical features and assessment of severe dementia: a review. *Eur J Neurol* 2002; 9:125-36.
7. Lopez OL, Becker JT, Sweet RA, Klunk W, Kaufer DI, Saxton J, et coll. Psychiatric symptoms vary with the severity of dementia in probable Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15:346-353.
8. Hogan DB, Bailey P, Carswell A, Clarke B, Cohen C, Forbes D et coll. Management of mild to moderate Alzheimer's disease and dementia. *Alzheimers Dement* 2007; 3(4):355-84.
9. DK Conn, N Herrmann, A Kaye, et coll. Mental health issues in long-term care facilities. Dans: (réd.) *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home A Handbook for Staff*. 3e édition. Hogrefe and Huber, Cambridge, 2007. p.1-16.
10. Lundervold DA, Lewin LM. Behavior analysis and therapy in nursing homes. Springfield, Illinois: Charles Thomas Publishers, 1992.

Prendre soin d'un proche atteint de démence

Le rôle des aidants naturels dans le maintien des personnes atteintes de démence dans la communauté est une tâche ardue. Le fait de donner des soins peut s'accompagner de conséquences négatives sur les plans physique, psychologique, social et financier. La prise en charge doit donc viser à soutenir les personnes atteintes de démence de même que ceux qui en prennent soin. Les recommandations visant à assister les aidants familiaux des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA), émanant de la troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3), représentent un premier pas vers le soutien des aidants naturels dans leur tâche vitale et ardue.

Par Dorothy Forbes, I.A., Ph.D., Maggie Gibson, Ph.D., C.Psych. et David B. Hogan, M.D., FACP, FRCPC

Le rôle important des aidants naturels, dans le maintien des personnes atteintes de démence dans la communauté, est largement reconnu, mais il s'agit d'une tâche ardue. Le fait de donner des soins peut s'accompagner de conséquences négatives sur les plans physique, psychologique, social et financier¹. La prise en charge doit donc viser à soutenir à la fois les

personnes atteintes de démence et ceux qui en prennent soin.

Le présent article porte sur les recommandations visant à assister les aidants familiaux des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer (MA), émanant de la troisième Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (CCCDTD3)². L'ensemble des recommandations peut être con-

les aidants familiaux. Les nombres placés entre parenthèses, dans le présent article, renvoient aux numéros des recommandations dans l'article de Hogan et coll.³ L'article de Gibson et coll. (dans le présent numéro de la *Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences*) qui traite de la démence grave dans le contexte des CSP, demeure pertinent pour les aidants

Dorothy Forbes, I.A., Ph.D.
Nouvelle chercheure IRCS,
Professeure agrégée, École
d'infirmier, Faculté des sciences
de la santé, *University of Western
Ontario*, London (Ontario)

Maggie Gibson, Ph.D., C.Psych.
Psychologue, Programme de soins
des vétérans, *Parkwood Hospital,
St. Joseph's Health Care London*,
London (Ontario)

David B. Hogan, M.D., FACP,
FRCPC
Professeur et président, *Brenda
Strafford Foundation in Geriatric
Medicine, University of Calgary*,
Calgary (Alberta)

Le fait de donner des soins peut s'accompagner de conséquences négatives sur les plans physique, psychologique, social et financier¹. La prise en charge doit donc viser à soutenir à la fois les personnes atteintes de démence et ceux qui en prennent soin.

sulté dans une série d'articles publiée dans le numéro d'octobre 2007 de la revue *Alzheimer's and Dementia*. Le présent article met l'accent sur certaines des 28 recommandations, touchant la prise en charge de la MA et des autres démences en phase légère ou modérée³, qui concernent

familiaux de personnes atteintes de démence.

Présentation du cas

M^{me} Brown est une dame de 76 ans, vivant avec son mari dans un quartier résidentiel de classe moyenne, dans une petite ville de la

Saskatchewan. Elle a complété ses études secondaires puis est devenue mère au foyer. Ses deux filles mariées vivent dans la même région et ont elles-mêmes quatre enfants. Les filles s'entendent bien entre elles et avec leurs parents.

La clinique multidisciplinaire *Rural and Remote Memory Clinic* a

ticipé aux réunions. Au cours de leurs dernières vacances, M^{me} Brown ne quittait pas son mari d'une semelle et devenait très inquiète si elle le perdait de vue. Elle soutient que ses problèmes de mémoire sont dus au vieillissement et ne croit pas être atteinte de MA.

Lors de l'évaluation, le score de

par médicament oral et régime. Il présente également une hypertension maîtrisée par des médicaments. M. Brown a subi une légère crise cardiaque il y a un an. Après son hospitalisation, il a participé à un programme de réadaptation cardiaque durant six mois. Il est suivi de près par son médecin de famille.

Les personnes atteintes de démence présentent en général au moins une comorbidité, telle que l'hypertension, mais on ne peut se fier totalement à elles pour prendre soin de leurs problèmes de santé; il faut donc s'appuyer surtout sur les aidants naturels

récemment diagnostiqué chez M^{me} Brown une MA débutante. Son mari a noté une détérioration progressive de la mémoire de sa femme (à savoir : troubles de la mémoire récente, léger manque du mot, difficultés à suivre des instructions complexes). Les problèmes ont débuté de façon progressive il y a trois ans environ, et évoluent graduellement depuis lors. Au cours des six derniers mois, M^{me} Brown s'est mise à avoir besoin d'aide dans plusieurs activités de la vie quotidienne, comme d'utiliser la machine à laver et de préparer les repas. Moyennant rappels et supervision, elle arrive à s'habiller et à prendre son bain. Elle a parfois de la difficulté à dormir et M. Brown l'a retrouvée en train de se promener dans la maison durant la nuit. Elle ne conduit plus, car son mari craint qu'elle ne se perde. Son engagement auprès des groupes de la paroisse a diminué au cours des deux dernières années, depuis qu'elle a plus de difficulté à par-

M^{me} Brown au MMSE (*Mini-Mental State Examination* ou test de Folstein) était de 23/30. Elle niait être déprimée et son score à l'échelle *Geriatric Depression Scale* (échelle de dépression en gériatrie) était de 2/15. L'examen physique était sans particularité, et ne comportait aucun signe neurologique de localisation. M^{me} Brown a accepté de prendre de la galantamine; ce médicament, comme les deux autres inhibiteurs de la cholinestérase disponibles au Canada, offre de modestes bénéfices dans le traitement de la MA légère. Il n'y a aucun antécédent familial de démence. M^{me} Brown présente une hypertension, maîtrisée par médicament. Elle est en bonne santé par ailleurs. M. et M^{me} Brown ne fument pas et ne boivent pas d'alcool.

M. Brown possède un diplôme universitaire en nutrition; il a travaillé pour la *Saskatchewan Food Processors Association*. Depuis cinq ans, il présente un diabète traité

Discussion du cas : les premières étapes

Après son diagnostic de MA, M^{me} Brown devrait être revue par son médecin de première ligne (recommandation 1) afin de discuter des points suivants : certitude du diagnostic, pronostic, questions de sécurité telles que conduite automobile, options de traitement, disponibilité de groupes de soutien et d'autres services, importance de la planification (notamment : mettre à jour son testament, rédiger une directive préalable et une procuration durable [recommandation 6]). Idéalement, non seulement M^{me} Brown mais également son mari et ses deux filles (si elles le désirent), devraient participer à ces discussions de façon à ce que tous apprennent les informations de première main. Ceci permettrait à chacun d'obtenir réponses à ses questions, et de voir ses besoins exprimés et reconnus. Il pourra être nécessaire d'organiser des rencontres hors de la présence de M^{me} Brown (recommandation 26).

Naturellement, M^{me} Brown était perturbée lorsqu'elle a reçu son diagnostic (recommandation 6). Elle devenait agitée lorsque sa famille utilisait le terme de MA. Parler de la prise en charge de ses problèmes de mémoire pourrait lui

paraître plus acceptable. Il serait plus approprié de miser sur des moyens non pharmacologiques, pour traiter son anxiété légère, que d'utiliser un psychotrope. En plus de leurs autres problèmes potentiels, les médicaments psychotropes pourraient atténuer l'efficacité de la galantamine.

Les membres de la famille ont besoin de soutien, d'informations et de formation (recommandation 26). Il convient de les diriger vers la Société Alzheimer de la région, p. ex.: (www.alzheimer.sk.ca/english/support/#support_for_caregivers) dans le cas de M^{me} Brown). Le programme Premier Lien, là où il est offert, permet de mettre en contact les personnes venant de recevoir un diagnostic de MA et leurs aidants avec une communauté d'apprentissage, de services et de soutien (www.alzheimerott.org/first_link). VON Canada est à élaborer une ressource d'information à guichet unique ainsi qu'une ligne téléphonique d'information disponible en tout temps aux aidants naturels. M. Brown devrait également contacter le programme local de soins à domicile, qui pourrait lui donner des informations sur les ressources disponibles dans la communauté, faire de la prévention, fournir de l'aide pour les soins personnels au besoin et informer M. Brown sur les services de répit disponibles, comme des programmes de jour et des services de répit à domicile.

Traitement de la MA et des comorbidités

Les personnes atteintes de démence présentent en général au moins une

comorbidité, telle que l'hypertension, mais on ne peut se fier totalement à elles pour prendre soin de leurs problèmes de santé; il faut donc s'appuyer surtout sur les aidants naturels (recommandation 4). M. Brown devra éventuellement s'occuper de donner à sa femme ses médicaments pour l'hypertension et la MA. Il pourrait vouloir tenir un journal écrit de ses

impressions quant à l'évolution de sa femme et quant à sa réponse aux médicaments (recommandation 11). La participation de M. Brown à l'observation de la cognition, des comportements sociaux et du fonctionnement quotidien de sa femme aidera le médecin à évaluer l'efficacité de la galantamine à améliorer ou à stabiliser ses symptômes. Ces informations sont essentielles afin de déterminer l'existence ou l'absence d'avantages cliniques et de décider s'il convient de mettre fin au traitement (recommandation 16). La recherche d'effets secondaires possibles de la galantamine, tels qu'anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, perte de poids à court terme et étourdissements est également importante, et M. Brown et ses filles peuvent y participer. Si M^{me} Brown n'avait personne, à la maison, qui puisse s'occuper de ses médicaments, il faudrait utiliser

d'autres stratégies favorisant la fidélité au traitement, comme des outils d'aide à l'observance et un système de rappel téléphonique automatisé⁴.

Traitements des perturbations de l'humeur et du comportement

Les patients atteints de MA légère sont souvent anxieux (60 %), manquent d'énergie (55 %), sont

Les patients atteints de MA légère sont souvent anxieux (60 %), manquent d'énergie (55 %), sont anhédoniques (manquent de plaisir lors d'activités normalement agréables; 51 %), sont agités (49 %), irritables (39 %), et présentent délire ou hallucinations (26 %)⁵.

anhédoniques (manquent de plaisir lors d'activités normalement agréables; 51 %), sont agités (49 %), irritables (39 %), et présentent délire ou hallucinations (26 %)⁵. La dépression majeure se produit le plus souvent lorsque la cognition est légèrement ou modérément atteinte, alors que la plupart des autres symptômes psychiatriques apparaissent plutôt dans la démence grave. M^{me} Brown ne semble pas déprimée. Toutefois, si des symptômes dépressifs apparaissent, il faudrait d'abord envisager un traitement non pharmacologique. Si indiqué, un antidépresseur avec le moins possible d'activité anticholinergique, tel qu'un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine, représenterait une autre option thérapeutique (recommandation 21).

Des perturbations du comportement, telles que errance, nervosité

générale, agitation et non coopération⁶, ont été rapportées chez 63 % des personnes atteintes de démence vivant dans la communauté⁷. Ces perturbations accentuent la détresse des patients atteints de démence et la tension ressentie par les aidants. Les patients qui présentent des perturbations du comportement entrent

présentes dans l'environnement (recommandation 20). Ici encore, M. Brown et ses filles ont un rôle important à jouer, en aidant à mieux comprendre les comportements et humeurs de M^{me} Brown.

Beaucoup d'études et de revues systématiques, dont des Cochrane systematic reviews, se sont penchées

luminothérapie¹⁵, musicothérapie¹⁶, aromathérapie¹⁷ et stimulation multisensorielle¹⁸ semblent prometteuses mais n'ont pas d'avantages significatifs clairement démontrés à long terme¹⁹. Bien que les données insuffisantes ne permettent pas de recommander fortement l'utilisation régulière de ces interventions en cas de perturbations du comportement, certaines personnes peuvent en bénéficier (recommandation 23).

M^{me} Brown présente parfois des perturbations du sommeil (jusqu'à 44 % des personnes atteintes de démence vivant dans la communauté peuvent présenter des problèmes de cette nature)²⁰. Insomnie et errance nocturne peuvent être difficiles à vivre pour M. Brown, surtout si son propre sommeil est interrompu. Il faut rechercher soigneusement, chez M^{me} Brown, la présence de facteurs pouvant contribuer à ce problème : douleur, dépression, bruits et luminosité ambiants, siestes durant la journée (recommandation 22). Des approches non pharmacologiques (c.-à-d. hygiène du sommeil, marche quotidienne, exposition à la lumière) peuvent s'avérer efficaces^{21,22} et doivent être considérées en premier lieu. Si des médicaments sont utilisés, il faut donner la plus petite dose possible du médicament choisi, le moins longtemps possible (recommandation 22).

Conduite automobile et MA

M^{me} Brown a volontairement cessé de conduire, ce qui n'est pas toujours le cas. Les hommes atteints de démence peuvent se montrer plus hésitants, particulièrement en zone

La prise en charge des perturbations du comportement doit comprendre une documentation précise des comportements problématiques, de même que la recherche de facteurs déclenchants possibles. L'évaluation devrait chercher à éliminer les causes contributives ou traitables.

en centre de soins prolongé deux ans plus tôt que ceux qui n'en présentent pas⁸.

La prise en charge des perturbations du comportement doit comprendre une documentation précise des comportements problématiques, de même que la recherche de déclencheurs possibles. L'évaluation devrait chercher à éliminer les causes contributives ou traitables. Dans le cas de certains comporte-

sur l'efficacité d'interventions diverses en réponse aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Des programmes psychoéducatifs offerts aux aidants naturels soit en groupe⁹, soit à domicile^{4,10-12}, portant sur la prise en charge des SCPD ont conduit à une diminution démontrée de la fréquence et/ou de la gravité des comportements dérangeants. Toutefois, l'accessibilité de ces pro-

Les filles de M. Brown pourraient se prévaloir d'un congé de soignant, qui leur accorderait 55 % de leurs revenus durant six semaines. En juin 2006, les critères d'admissibilité en ont été élargis, de façon à le rendre accessible à un plus grand nombre de membres de la famille et d'amis proches²³.

ments dysfonctionnels (errance, comportements agressifs), il faut s'assurer d'évaluer la sécurité de la personne atteinte de démence, de ses aidants et des autres personnes

grammes est limitée pour les gens qui vivent hors des grands centres, comme M. et M^{me} Brown. D'autres interventions, telles que rétrospective de vie¹³, thérapie par empathie¹⁴,

rurale, là où l'automobile est parfois le seul moyen de transport. Toutefois, l'abandon de la conduite automobile fait partie des conséquences inévitables des démences progressives telles que la MA, et les stratégies visant cette transition doivent être mises en place tôt dans la maladie. La conduite automobile est contre-indiquée chez les personnes qui, pour des raisons cognitives, ne peuvent par elles-mêmes accomplir de multiples activités instrumentales de la vie quotidienne ou toute activité élémentaire de la vie quotidienne (recommandation 25). Pour déterminer la capacité à conduire une automobile, il ne suffit pas d'utiliser des tests tels que MMSE, test de l'horloge ou toute autre évaluation rapide des fonctions cognitives. S'il existe un doute quant à la sécurité de la conduite automobile, il semble que la recommandation la plus juste soit d'effectuer une évaluation complète (examen écrit et test de conduite) tous les six à douze mois au moins, et plus rapidement si nécessaire (recommandation 25). Les stratégies compensatoires (c.-à-d. rééducation, programmes de formation, utilisation de co-pilotes, de systèmes de navigation et d'avertisseurs de collision, permis de conduire avec restriction) sont inappropriés dans le cas des personnes atteintes de démence considérées inaptes à la conduite automobile (recommandation 25).

Soutien aux aidants naturels

Le rôle important des aidants naturels dans le soin aux patients atteints de démence doit être reconnu

(recommandation 26). M. Brown devrait être vu régulièrement par son médecin afin de s'assurer que ses propres problèmes de santé sont suivis et traités adéquatement. Les répercussions des soins donnés à sa

La génération du baby-boom commence à arriver à l'âge où le risque de démence est le plus élevé. De plus en plus de personnes atteintes de démence vont vivre dans nos communautés²⁴.

femme sur sa propre santé doivent être évaluées. Ses besoins de formation et de soutien doivent être évalués et pris en compte, au besoin, en le dirigeant vers le service local de soins à domicile et/ou vers la Société Alzheimer, qui pourront fournir des informations sur les ressources disponibles dans la communauté, faire de la prévention et fournir de l'aide pour les soins personnels, lorsque cela sera nécessaire, ainsi que des services de répit.

M. Brown trouvera peut-être nécessaire de se procurer des services de soutien privés : aide familiale, travaux à l'extérieur, pelletage de la neige. Il trouvera peut-être également nécessaire de se procurer des services de répit privés en plus de ce que peuvent fournir gratuitement les services provinciaux de soins à domicile. Il y aura sans doute d'autres dépenses, en rapport avec, par exemple, des fournitures pour l'incontinence, des médicaments, des instruments facilitant le bain. Il faut rappeler à M. Brown qu'il peut exister des programmes gouvernementaux de soutien financier. Par exemple, la plupart des personnes atteintes de démence peuvent obtenir un crédit

d'impôt pour invalidité (Formulaire T2201, disponible à l'adresse <http://www.cra-arc.gc.ca/formspubs/menu-f.html>). Les filles de M. Brown pourraient se prévaloir d'un congé de soignant, qui leur

accorderait 55 % de leurs revenus durant six semaines. En juin 2006, les critères d'admissibilité en ont été élargis, de façon à le rendre accessible à un plus grand nombre de membres de la famille et d'amis proches²³.

Conclusion

La génération du *baby-boom* commence à arriver à l'âge où le risque de démence est le plus élevé. De plus en plus de personnes atteintes de démence vont vivre dans nos communautés²⁴. Les coûts sociaux des soins aux personnes atteintes de démence vont augmenter substantiellement, particulièrement si nous ne soutenons pas adéquatement les aidants familiaux²⁵ et si le placement précoce en institution est nécessaire²⁶. Les présentes recommandations visant les aidants familiaux constituent un premier pas dans nos tentatives de leur offrir un soutien dans leur tâche vitale et ardue. Toutefois, des recherches plus approfondies sont nécessaires afin de mieux préciser quelles interventions sont les plus efficaces à rencontrer les besoins des personnes atteintes de démences et de leurs aidants familiaux.

Références :

1. Fast JE, Forbes D, Keating NC. Contributions and needs of informal elder care providers in Canada. Dans : Evidence from Statistics Canada's 1996 General Social Survey on social support. Edmonton, AB: Health Promotion and Programs Branch, Santé Canada, 1999.
2. Chertkow H. Introduction: The Third Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia, 2006. *Alzheimers Dement* 2007; 3(4):262-65.
3. Hogan DB, Bailey P, Carswell A, et coll. Management of mild to moderate dementia. *Alzheimer Dement* 2007; 3(4):355-84.
4. Biem HJ, Turnell RW, D'Arcy C. Computer telephony: Automated calls for medical care. *Clin Invest Med* 2003; 26(5):259-68.
5. Lopez OL, Becker JT, Sweet RA, et coll. Psychiatric symptoms vary with the severity of dementia in probable Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003; 15(3):346-53.
6. Diwan S, Phillips VL. Agitation and dementia-related problem behaviors and case management in long-term care. *Int Psychogeriatr* 2001; 13(1):5-21.
7. Cohen-Mansfield J, Werner P, Watson V, et coll. Agitation among elderly persons at adult day-care centres: the experiences of relatives and staff members. *Int Psychogeriatr* 1995; 7(3):447-58.
8. Phillips VL, Diwan S. The incremental effect of dementia-related problem behaviors on the time to nursing home placement in poor, frail, demented older people. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(2): 188-93.
9. Hébert R, Dubois MF, Wolfson C, Chambers L, Cohen C. Factors associated with long-term institutionalization of older people with dementia: data from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(11):M693-9.
10. Eloniemi-Sulkava U, Notkola IL, Hentinen M, et coll. Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49(10):1282-7.
11. Gerdner LA, Buckwalter, KC, Reed D. Impact of a psychoeducational intervention on caregiver response to behavioral problems. *Nurs Res* 2002; 51(6):363-74.
12. Huang HL, Shyu YI, Chen MC, et coll. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18(4):337-45.
13. Woods B, Spector A, Jones C, et coll. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2. No d'article CD001120. DOI: 10.1002/14651858.CD001120.pub2.
14. Ackley B, Ladwig G, Swan BA, et coll. Forbes D. Validation Therapy. Dans: S Tucker (éd.). Evidence-Based Nursing Care Guidelines: Medical-Surgical Interventions. Elsevier, Philadelphia, 2008. pp. 915-17
15. Forbes D, Morgan DG, Bangma J, et coll. Light Therapy for managing sleep, behavior, and mood disturbances in dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2. No d'article CD003946. DOI: 10.1002/14651858.CD003946.pub2.
16. Vink AC, Birks JS, Bruinsma MS, et coll. Music therapy for people with dementia. *The Cochrane Database Syst Rev* 2003; 4. No d'article CD003477. DOI: 10.1002/14651858.CD003477.pub2.
17. Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, et coll. Aroma therapy for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003; 3. No d'article CD003150. DOI: 10.1002/14651858.CD003150.
18. Chung JCC, Lai CKY. Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 4. No d'article CD003152.
19. Livingston G, Johnston K, Katona C, et coll. Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry: Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 2005; 162(11): 1996-2021.
20. Carpenter BD, Strauss ME, Patterson MB. Sleep disturbances in communitydwelling patients with Alzheimer's disease. *Clin Gerontol* 1995; 16:35-49.
21. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et coll. Training caregivers to change the sleep hygiene practices of patients with dementia: the NITE-AD project. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10): 455-60.
22. McCurry SM, Gibbons LE, Logsdon RG, et coll. Nighttime insomnia treatment and education for Alzheimer's disease: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(5):793-802.
23. Conseil canadien de la santé. Rapport annuel 2007. Disponible à l'adresse : <http://www.healthcouncilcanada.ca> Page consultée le 2 mars 2007.
24. Cranswick K, Thomas D. Les soins aux aînés et la complexité des réseaux sociaux. Tendances sociales canadiennes 2005; (No de catalogue. 11-008). Ottawa, ON: Statistique Canada.
25. Hux MJ, O'Brien BJ, Iskedjian M, Goerce R, Gagnon M, Gauthier S. Relation between severity of Alzheimer's disease and costs of caring. *CMAJ* 1998; 159:457-65.
26. Scarrow J. Bringing health care home. *Registered Nurse J* 2007; 19(6): 12-6.

Des nouvelles de la Société Alzheimer du Canada

Premier lien[®]: Tendre la main pour offrir de l'aide

Il est crucial de mettre les gens en contact avec une source d'information et de soutien, le plus tôt possible après un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie similaire. Le programme Premier lien[®] peut y contribuer.

Le programme Premier lien[®] rend accessible une vaste gamme de services coordonnés aux personnes atteintes de démence et à leur famille, en les identifiant et en leur tendant la main le plus tôt possible dans la maladie.

Le programme veut atteindre cet objectif en améliorant les partenariats et les liens entre les médecins (et autres fournisseurs de soins) de première ligne, les divers services de diagnostic et de traitement, et la Société Alzheimer de leur région.

« En leur faisant connaître le personnel compétent et les ressources de la Société peu après le diagnostic, le programme Premier lien[®] soutient les personnes atteintes de démence et leurs familles à travers les étapes de la maladie, en leur fournissant des informations et de l'aide avant qu'une crise ne se produise » [trad.], déclare Mary Schultz, directrice du Service d'information, de soutien et d'éducation de la Société Alzheimer du Canada. « En travaillant à mettre en lien les personnes et les familles affectées par la démence, le programme Premier lien[®] leur apporte une communauté d'éducation, de services et de soutien. »

Éducation

Premier lien[®] permet de se familiariser avec chacune des facettes de la maladie d'Alzheimer, notamment le diagnostic, la maladie dans la vie quotidienne, l'approche positive des soins, les stratégies de résolution de problèmes et les manières de se préparer à l'avenir.

Services

Premier lien[®] met les personnes venant de recevoir leur diagnostic en contact avec les programmes et services de la Société Alzheimer, et leur fournit des informations sur d'autres services de santé et services communautaires.

Soutien

Premier lien[®] met les gens en contact avec des services de soutien individuel et de groupe. Actuellement, des programmes pilotes existent dans certaines communautés de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique, l'objectif étant d'étendre bientôt le programme à tout le pays.

Les recommandations viennent à l'appui du programme

Les nouvelles recommandations sur le diagnostic et le traitement de la démence reconnaissent l'importance de prendre l'initiative de mettre les gens en contact avec la Société Alzheimer de leur région peu après le diagnostic, ce qui encouragera les médecins de famille à utiliser le programme Premier lien[®].

« Les recommandations rappellent aux médecins de famille le rôle important qu'ils ont à jouer en mettant les personnes atteintes de démence en contact avec des sources d'information et de soutien le plus tôt possible dans la maladie », affirme M^{me} Schultz. « Nous croyons donc que les recommandations vont contribuer à assurer un meilleur accès au soutien, pour toutes les personnes touchées par cette terrible maladie » [trad].

La Société Alzheimer du Canada est un organisme à but non lucratif qui se consacre à aider les gens touchés par la maladie d'Alzheimer. La Société conçoit des programmes de soutien et d'information à l'intention des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de leurs aidants. La Société subventionne également la recherche dans les domaines du traitement et des meilleures façons de prendre soin des personnes atteintes. Pour en savoir plus, ou pour devenir un défenseur Alzheimer, veuillez contacter la Société Alzheimer de votre région ou visiter www.alzheimer.ca.

Évaluation des capacités créatrices

Dalia Gottlieb-Tanaka, Ph.D.

Professeur auxiliaire,
University of British Columbia

Courriel : daliagt@shaw.ca

Hilary Lee, M.Sc.

Ergothérapeute principale et
consultante en démence,
Perth, Australie

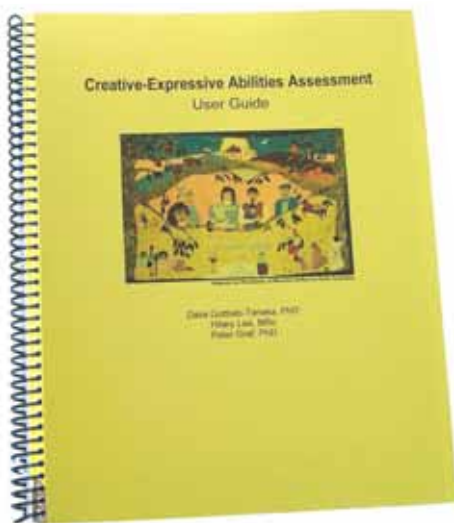
Courriel : hilarylee@bigpond.com

Peter Graf, Ph.D.

Professeur,
Directeur du *Laboratoire de
mémoire et de cognition*,
University of British Columbia

Courriel : pgraf@psych.ubc.ca

Le CEEA (*Creative-Expressive Abilities Assessment* : Évaluation des capacités créatrices) fournit des informations en profondeur sur les capacités d'expression des aînés atteints de démence. Cet instrument explore un vaste ensemble de capacités qui s'améliorent lorsque les aînés participent à des programmes d'activités créatrices.



Le CEEA, outil d'utilisation simple, fournit une méthode pratique d'évaluation des changements du comportement. Il peut être utilisé, par exemple, pour comparer l'efficacité de divers programmes d'activité ou afin d'associer avec succès les activités en fonction des besoins uniques de chaque client (ou groupe). Le CEEA comprend 27 éléments en relation avec les capacités suivantes : mémoire, attention, langage, capacités psychosociales, raisonnement & résolution de problèmes, émotion et culture. Alors que les clients participent à un programme d'activité créatrice, leur comportement est observé et évalué par un observateur entraîné à utiliser le CEEA. Cet outil se caractérise par sa cohérence interne et sa fiabilité d'un évaluateur à l'autre.

L'ensemble comprend 25 copies de la feuille d'évaluation du CEEA (chaque feuille permet d'évaluer 4 clients), le guide d'utilisation du CEEA et deux DVD.

AVANTAGES

Il fournit aux animateurs en expression créatrice, administrateurs et chercheurs de nombreux avantages :

- **Observation** systématique des capacités créatrices des clients et suivi des changements dans le temps
- **Documentation** fiable permettant de communiquer des résultats aux collègues, à l'administration et à la famille.
- Utile pour planifier des activités appropriées à chaque client en particulier.
- Utile dans la planification des **budgets** : efficacité dans les activités récréatives et l'embauche d'animateurs.
- Outil fondé sur de solides **recherches** quantitatives.
- Excellent outil de **suivi** des clients dans un ensemble de domaines, tels que la mémoire et l'attention.

TÉMOIGNAGES DU CANADA ET DE L'AUSTRALIE

- « il confirme l'importance de notre travail, dans nos échanges avec d'autres professionnels »
- « Il va nous aider à nous familiariser avec les nouveaux clients »
- « Il va aider le personnel à mieux comprendre les capacités des clients »
- « Bon outil dans les réunions de planification des soins »
- « Il va nous aider à inscrire le client dans le bon programme »
- « Il est facile à utiliser »
- « Il fournit des données solides; c'est l'élément crucial de l'outil »
- « C'est un outil objectif »

Passez votre commande à : www.dementia-activities.com