

de la maladie d'Alzheimer et autres démences



Artiste : Doreen Wood

THÈME ABORDÉ :

Approche multidisciplinaire de la MA : Évaluation et prise en charge

L'équipe interdisciplinaire dans une clinique gériatrique spécialisée 4

Bonnie Launhardt, R.N., M.N.,

Jill Osborn, R.S.W., et Anita Madho, B.Sc. (ergothérapie)

Le Réseau de soins de santé primaires d'Edmonton Sud : Une nouvelle étape dans les soins de la démence 7

Shannon Daly, R.N., MN, et

Harry Zirk, M.D., CCFP, FCFP

Renforcement de la mémoire chez les adultes d'âge mûr 12

Amy Lau, B.Sc. (ergothérapie)

Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada 23

La Société Alzheimer du Canada

de la maladie d'Alzheimer et autres démences



Photo fournie par Dalia Gottlieb-Tanaka, Ph.D.
Présidente, The Society for the Arts in Dementia Care

Sur la page couverture...

Animé par Paddy Bruce, art-thérapeute à la résidence *Kiwanis Pavilion* à Victoria, en Colombie-Britannique, ce projet de confection d'une courtepointe vise le double objectif de faire participer les résidents à une activité de création et d'amorcer avec eux le délicat dialogue sur la mort et les événements qui l'entourent. La courtepointe est une couverture multicolore et texturée, conçue comme un symbole du dernier voyage; elle fait partie du rituel institué par le centre qui consiste à recouvrir d'une couverture la dépouille des résidents qu'on transporte pour la dernière fois de leur chambre à la porte principale de l'établissement. Les résidents ont utilisé la technique de feutrage à l'aiguille pour fabriquer 56 carrés. Ils ont fixé les carrés en tissu de laine noire sur une doublure, puis ils ont disposé les pièces en laine colorées de manière à former un joli dessin. À l'aide d'aiguilles à feutrer fixées dans une poignée protectrice, ils ont incorporé la laine dans le carré de tissu. Les résidents ont cousu les carrés ensemble pour former la courtepointe; ce projet a été complété en novembre 2009. Le carré à motif de fleur et d'abeille est une création de Doreen Wood, âgée de 88 ans et résidente de l'établissement depuis juillet 2008.

Comité de rédaction

PRÉSIDENT

Peter N. McCracken, M.D., FRCPC

Professeur émérite de médecine,
Département de gériatrie,
Université de l'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., M.N.

Infirmière en chef,
*Edmonton South Side Primary
Care Network*
Edmonton (Alberta)

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, Université de Toronto
Chef, Service de gériopsychiatrie
Centre des sciences de la santé Sunnybrook
Toronto (Ontario)

Peter J. Lin, M.D., CCFP

Ancien directeur médical,
Centre pour la santé et le bien-être,
Université de Toronto à Scarborough
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

Katherine Ellis

Rédactrice junior

Donna Graham

Coordonnatrice de la
production

Jennifer Brennan

Services administratifs

Robert E. Passaretti

Éditeur

Russell Krackovitch

Directeur de la rédaction,
projets spéciaux

Catherine de Grandmont

Rédactrice-révisure
(français)

Dan Oldfield

Directeur de la
conception graphique

Barbara Roy

Adjointe aux services administratifs

Copyright 2010 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.

Le soutien aux omnipraticiens dans le traitement de la démence : le point de vue d'une infirmière

Par Shannon Daly, R.N., M.N.

Au début de ma carrière en gériatrie, il y a longtemps déjà, le diagnostic et le traitement de la démence ainsi que le soutien aux aidants relevaient principalement des médecins spécialistes et des omnipraticiens. Avec l'évolution des connaissances scientifiques et de la pratique médicale, d'autres disciplines ont commencé à participer à l'évaluation et à la prise en charge des patients atteints de démence et elles y sont aujourd'hui étroitement liées. En général, ces équipes multidisciplinaires interviennent d'abord dans le contexte des soins aigus, mais elles apportent aussi un soutien plus global aux omnipraticiens. Les articles de ce numéro de *La Revue canadienne de la maladie d'Alzheimer et autres démences* expliquent les stratégies particulières mises en œuvre par les infirmières, les ergothérapeutes et les travailleuses sociales dans l'évaluation, la prise en charge et les soins des patients atteints de démence.

Bonnie Launhardt et ses collaboratrices décrivent dans leur article l'ensemble des interventions dont ont besoin les patients qui doivent être hospitalisés dans un centre de soins aigus. L'étude de cas sur le dépistage et l'évaluation de la démence chez monsieur A. et sur les interventions de l'équipe interdisciplinaire révèle la complexité des soins requis par un patient atteint de démence et elle illustre bien l'éventail des soins offerts par cette équipe.

Dans l'article que je cosigne avec le Dr Harry Zirk, nous expliquons comment les infirmières et les équipes spécialisées (infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières, travailleuses sociales et gériatres) apportent une solution adaptée à l'évaluation et à la prise en charge des personnes atteintes de démence dans la région d'Edmonton. À des fins de formation, de mentorat et de consultation, des infirmières sont

affectées à des omnipraticiens pour les seconder, dans leurs cliniques mêmes, dans le dépistage des patients à risque, l'administration des questionnaires et des tests de dépistage de la démence, ainsi que dans l'évaluation des changements de la capacité fonctionnelle et des comportements des patients pour faciliter leur orientation vers les gériatres de la région. Si cette information n'est pas disponible parce que le patient a « échappé » au suivi, ou parce que le cas est trop complexe ou que le patient est incapable de venir à la clinique, le médecin demande à l'équipe spécialisée de se rendre au domicile du patient pour une évaluation.

Dans le dernier article, Amy Lau nous fait part d'un programme de renforcement de la mémoire à l'intention des adultes d'âge mûr qui, sans avoir reçu un diagnostic de démence, s'inquiètent de leur fonction mnésique et souhaitent améliorer leur mémoire de rappel. Ce programme de six semaines est axé sur l'autoefficacité, les techniques d'entraînement de la mémoire et les facteurs liés à un mode de vie sain dans le but de renforcer la mémoire.

J'ai eu le plaisir de travailler avec les membres de ces équipes interdisciplinaires dont les interventions vont de la prévention au soutien des patients atteints de démence dans le milieu communautaire et, si nécessaire, dans les hôpitaux de soins aigus. Je suis absolument convaincue qu'à cause de l'augmentation prévue du nombre de diagnostics de démence d'ici quelques années, nous aurons un grand besoin d'équipes interdisciplinaires composées de professionnels compétents et expérimentés capables de collaborer étroitement avec les omnipraticiens. Sans ce travail d'équipe, nous ne réussirons pas à offrir des soins adéquats et complets aux personnes atteintes de démence.

L'équipe interdisciplinaire dans une clinique gériatrique spécialisée

Il semble que de plus en plus de patients âgés n'ayant plus de parents ou d'amis, ou presque, et n'utilisant que rarement les services de santé soient accueillis dans le réseau de santé dans un contexte d'urgence. Ce groupe de patients pose un défi de taille aux omnipraticiens, car ils doivent évaluer et prendre en charge les problèmes cognitifs, fonctionnels et sociaux de ces patients. Dans une clinique gériatrique spécialisée, l'équipe interdisciplinaire réalise une évaluation approfondie, dispense des conseils et de l'information sur l'évolution de la démence et, enfin, elle offre le soutien requis pour la prise en charge des troubles fonctionnels, cognitifs et comportementaux.

Par Bonnie Launhardt, R.N., M.N., Jill Osborn, R.S.W., et Anita Madho, B.Sc. (ergothérapie)

L'évaluation d'un patient en vue du diagnostic et du traitement de la démence est effectuée dans des endroits différents, par des personnes différentes, par exemple au cabinet de l'omnipraticien ou du neurologue, dans une clinique de gériatrie, ou durant une hospitalisation pour soins aigus.

En général, la recherche d'une possible démence a lieu lorsqu'un parent ou un aidant commence à observer des changements dans les comportements et la fonction

cognitive du patient. Les aidants s'adressent aux professionnels de la santé pour obtenir des réponses à leurs interrogations. C'est à ce moment qu'on explore de manière approfondie les problèmes signalés (p. ex., le moment d'apparition des changements) et les facteurs qui influent favorablement ou défavorablement sur le fonctionnement du patient. On effectue un bilan de santé complet, notamment un examen physique, des examens de laboratoire et de radiologie pour vérifier qu'aucune autre maladie mentale ou physique n'est à l'origine des changements observés.

Lorsque ces examens sont terminés, on poursuit l'évaluation à l'aide d'instruments de dépistage comme l'échelle de Katz (évaluation des activités fondamentales de la vie quotidienne [AVQ]), le mini-examen de l'état mental (MMSE) uniformisé, le test du dessin de l'horloge, le test d'évaluation cognitive de Montréal (MoCA) et le

test FAB (évaluation des fonctions frontales); ces tests aident à apprécier le fonctionnement physique et cognitif. Ils peuvent être réalisés ou non par une équipe interdisciplinaire. Après quoi, le diagnostic de démence peut être établi.

Clinique gériatrique spécialisée

Dans une clinique gériatrique spécialisée ou dans un hôpital de soins aigus, l'équipe des professionnels de la santé qui évalue le patient comprend en général une infirmière praticienne, une infirmière spécialisée en gériatrie et un gériatre. S'il y a lieu et si ces services sont disponibles, des professionnels en physiothérapie, en ergothérapie et en travail social participent aussi à l'évaluation et au traitement du patient. L'expérience a démontré que l'ajout à l'équipe soignante de ces trois spécialistes améliore nettement la santé globale du patient et

Bonnie Launhardt, R.N., M.N.
Services de santé gériatrique
Grey Nuns Community Hospital
Edmonton, Alberta

Jill Osborn, R.S.W., médecine,
Grey Nuns Community Hospital,
Edmonton, Alberta

Anita Madho, B.Sc. (ergothérapie),
médecine, Grey Nuns Community
Hospital, Edmonton, Alberta

aide à diminuer les besoins en soins visant à atténuer l'invalidité³.

En général, les personnes qui consultent leur médecin de famille n'ont pas besoin des services d'une équipe interdisciplinaire, car ils bénéficient du soutien de parents ou d'aidants et d'un suivi médical continu par leur omnipraticien. Il existe toutefois de plus en plus de personnes qui sont sans parents ni amis ou presque et qui ont seulement de rares interactions avec le réseau de la santé. Ces personnes sont plus susceptibles de vivre différents problèmes dans leur environnement communautaire ou personnel et d'avoir besoin des ressources dans un contexte d'urgence ou judiciaire.

Ce groupe de personnes isolées pose un défi de taille aux omnipraticiens et au système de soins de santé sur le plan de l'évaluation et du traitement des déficits cognitifs, fonctionnels et sociaux. Ce sont précisément ces patients à risque qui peuvent avoir besoin des services et du soutien d'une équipe interdisciplinaire gériatrique.

Étude de cas : Intervention de l'équipe interdisciplinaire auprès de Monsieur A.

Nous vous proposons un exemple d'une personne à risque ayant besoin de l'intervention de l'équipe interdisciplinaire.

Monsieur A., âgé de 94 ans et célibataire, se rend chez son médecin pour faire renouveler les ordonnances de ses médicaments. Le médecin remarque que son patient a changé; il a maigri et son apparence est négligée. Préoccupé, le clinicien demande l'aide de l'équipe gériatrique communautaire, qui va ensuite visiter le domicile du patient. L'équipe constate

que l'appartement est en désordre; elle découvre des aliments gâtés et des déchets et remarque l'encombrement des pièces. Des papiers d'identité et des documents personnels de Monsieur A. sont laissés à la vue et il semble flotter une odeur de fumée et d'excréments de souris dans tout l'appartement. En outre, le patient ne sait plus pourquoi l'équipe gériatrique vient le visiter. Qui plus est, Monsieur A. est incapable de se rappeler les noms d'autres locataires de l'immeuble ni des membres vivants de sa famille. Après cette visite, le médecin et l'équipe gériatrique communautaire

gériatrique communautaire et suivi à la clinique de gériatrie après un mois.

Un mois plus tard, le patient revient à la clinique gériatrique; on note au dossier qu'il a refusé les soins à domicile, qu'il a été incapable de planifier le paiement des repas et qu'il a encore beaucoup maigri. L'équipe prend donc les mesures pour l'hospitalisation du patient dans une unité d'évaluation gériatrique pour une évaluation et une intervention plus poussées.

À l'unité d'évaluation gériatrique, les évaluations faites par l'infirmière praticienne et la travail-

En général, les personnes qui consultent leur médecin de famille n'ont pas besoin des services d'une équipe interdisciplinaire, car ils bénéficient du soutien de parents ou d'aidants et d'un suivi médical continu par leur omnipraticien.

demandent une évaluation gériatrique d'urgence dans une clinique spécialisée; les résultats des examens montrent que Monsieur A. est inapte à prendre soin de lui-même et à gérer ses finances.

Lors de la consultation à la clinique gériatrique spécialisée, les recommandations suivantes sont faites et mises en application :

1. Demande auprès du Bureau du tuteur public et du Bureau du curateur public de l'Alberta en vue de protéger les intérêts du patient touchant sa sécurité et la prise de décisions à son sujet.
2. Services de soins à domicile (aide pour le bain et la prise des médicaments), médicaments en plaquettes alvéolées, service de repas à domicile et d'entretien ménager.
3. Évaluation et intervention sur une base continue par l'équipe

leuse sociale révèlent que le patient est fortuné et qu'il possède plusieurs propriétés dont la gestion semble être entachée de plusieurs irrégularités. Cette nouvelle information fait craindre que le patient soit victime d'abus financiers, de vol d'identité et de violence à l'égard des aînés; on découvre entre autres que le service de police local mène une enquête parce qu'il soupçonne que le domicile du patient sert au trafic de drogues. La travailleuse sociale informe le tuteur et le curateur public de ces allégations afin que soient protégés les actifs et les biens du patient; elle tente également de retracer des membres vivants de la famille de Monsieur A. en Alberta, au Canada et dans le monde.

La travailleuse sociale demande à l'équipe de lutte contre la

violence à l'égard des aînés d'enquêter une enquête et de collaborer avec le service de police local pour examiner les autres problèmes judiciaires découverts. Par ailleurs, l'ergothérapeute évalue de nouveau la fonction cognitive et la capacité fonctionnelle du patient pour vérifier son aptitude à accomplir les AVQ. Il lui faut notamment prendre les mesures pour assurer la continuité des soins dispensés par la clinique gériatrique spécialisée et par les gériatres du centre de soins

L'approche interdisciplinaire favorise une évaluation très approfondie, la prestation continue de conseils et de renseignements à propos de l'évolution de la démence, et elle permet de soutenir les interventions pour pallier les déficits fonctionnels, cognitifs et comportementaux.

tertiaires et procéder à une évaluation à l'intention du tuteur public et pour appuyer les demandes de tutelle.

De plus, l'infirmière praticienne gériatrique apporte son soutien au traitement de la maladie chronique et elle assure la liaison avec l'équipe gériatrique communautaire et le médecin du patient, les informant du plan de soins de la démence mis en œuvre pour répondre aux besoins particuliers du patient.

L'approche interdisciplinaire

L'approche interdisciplinaire favorise une évaluation très approfondie, la prestation continue de conseils et de renseignements à propos de l'évolu-

tion de la démence, et elle permet de soutenir les interventions pour pallier les déficits fonctionnels, cognitifs et comportementaux des patients. À cet égard, l'infirmière praticienne spécialisée en gériatrie évalue les problèmes reliés aux soins au patient, elle examine les besoins de l'aidant ainsi que les stratégies d'adaptation, et elle communique avec l'équipe interdisciplinaire et les ressources communautaires et assure la liaison avec les divers intervenants, selon les besoins. L'infirmière praticienne spé-

cialisée en gériatrie s'occupe du suivi des soins médicaux et du traitement pharmacologique de la démence en collaboration avec l'omnipraticien et le gériatre, s'il y a lieu.

La travailleuse sociale effectue une évaluation psychosociale approfondie et elle examine les problèmes sociaux de la famille, y compris les aspects juridiques (mandat d'incapacité, procuration perpétuelle, tutorat, curatelle), les besoins en matière de ressources financières et de logement, et elle apporte son soutien au réseau d'intervenants et répond aux besoins des aidants. La travailleuse sociale offre du soutien et des conseils pertinents, tout en aidant le patient et

sa famille à faire appel à des organismes communautaires et à des agences d'aiguillage comme la Société Alzheimer du Canada.

L'ergothérapeute évalue des aspects de la fonction cognitive et le fonctionnement physique ainsi que l'aptitude du patient à accomplir les activités fondamentales et instrumentales de la vie quotidienne. Elle renseigne le patient atteint de démence et ses aidants sur les autres modalités visant à préserver l'autonomie du patient le plus longtemps possible. Ces évaluations et ces interventions sont axées sur l'amélioration de l'autonomie, la réduction des besoins en soins, de l'utilisation des ressources et des chutes⁴.

Conclusion

Grâce aux interventions concertées des divers membres de l'équipe interdisciplinaire en milieu communautaire, à la clinique gériatrique spécialisée et dans les hôpitaux de soins tertiaires, ces patients aux besoins complexes reçoivent une évaluation globale et approfondie et ils ont accès à diverses ressources pour le traitement de la démence tout au cours de son évolution et pour des soins visant à améliorer leur qualité de vie³. Cette approche interdisciplinaire de la démence favorise l'autonomie de la personne âgée et ses aidants dans la prise en charge de leur santé et de leurs maladies chroniques.

Références :

1. Counsell SR, Callahan CM, Tu W, et coll. Cost analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders care management intervention. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57(8):1420-6.
2. Przblyski BR, Dumont ED, Watkins ME, et coll. Outcomes of enhanced physical and occupational therapy services in a nursing home setting. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77(6):554-61.
3. Rowan NL, Gillette PD, Faul AC, et coll. Innovative interdisciplinary training in and delivery of evidence-based geriatric services: creating a bridge with social work and physical therapy. *Gerontol Geriatr Educ* 2009; 30(3):187-204.
4. Sackley CM, van den Berg ME, Lett K, et coll. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2009; 339:b3123.

Le Réseau de soins de santé primaires d'Edmonton Sud : Une nouvelle étape dans les soins de la démence

L'Association médicale de l'Alberta, le ministère de la Santé et du Bien-être ainsi que les autorités sanitaires régionales de l'Alberta (maintenant, *Alberta Health Services*) ont agi de concert pour créer des réseaux de soins de santé primaires dont le premier, axé sur les soins gériatriques, a été établi à Edmonton il y a presque quatre ans. La présence d'infirmières et infirmiers spécialisés en gériatrie dans les cabinets de médecine familiale participants et le déploiement du programme *More Time for Care* (MTFC) se sont révélés des stratégies efficaces pour atténuer les répercussions de la transition entre le domicile et l'hôpital, pour protéger les patients âgés entièrement isolés ou presque et, enfin, pour dispenser toute la gamme des soins aux patients âgés ayant besoin de soins chroniques et complexes.

Par Shannon Daly, R.N., M.N., et Harry Zirk, M.D., CCFP, FCFP

En 2003, l'Association médicale de l'Alberta (AMA), le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta (AHW) et les autorités sanitaires régionales albertaines (aujourd'hui appelées *Alberta Health Services* ([AHS]) ont poursuivi une réflexion commune pour trouver la meilleure façon d'utiliser la part albertaine des subventions fédérales octroyées pour la promotion des soins de santé primaires au

Canada; l'Alberta souhaite en effet élaborer et réaliser des projets en soins de santé primaires à l'intention des Albertains.

En vue d'obtenir ces subventions, qui représentent une somme distincte et additionnelle aux honoraires que pourraient continuer à réclamer les médecins albertains sur une base de rémunération à l'acte, on a incité les médecins à se regrouper au sein de réseaux (*Primary Care Network* [PCN]) fondés sur des affinités historiques, géographiques et naturelles; ces réseaux sont le fondement de l'*Alberta Primary Care Initiative* ou PCI. Nous décrivons au Tableau 1 les objectifs clés du PCI.

Les trois partenaires qui contrôlent le financement du PCI (AMA, AHW et AHS) ne dictaient pas la manière dont les programmes devaient être élaborés ou gérés. Par

conséquent, les PCN étaient libres de choisir les éléments des programmes qui concordaient avec les besoins locaux de la collectivité, à condition d'appliquer les principes généraux énoncés ci-dessus.

Un autre élément original des PCN est l'entente conclue entre les médecins de famille et les AHS. Le PCN est composé d'un conseil d'administration doté de pouvoirs spéciaux qui lui permettent d'embaucher du personnel ou d'impartir des services pour améliorer l'accès aux soins et mieux coordonner les soins de santé aux patients de ces médecins de famille. Cette flexibilité favorise la recherche de solutions locales à des problèmes sanitaires locaux et elle confère à chaque PCN son caractère propre et une meilleure capacité de répondre aux besoins de la population locale de patients.

Shannon Daly, R.N., M.N.,
Directrice des infirmières
et infirmiers,
*Edmonton Southside Primary
Care Network*
Edmonton, Alberta

Harry Zirk, M.D., CCFP, FCFP
Directeur, Services gériatriques,
Grey Nuns Community Hospital
Edmonton, Alberta

Tableau 1

Objectifs clés du projet d'adaptation des soins primaires en Alberta (*Primary Care Initiative [PCI]*)

- Accroître l'accès aux services de soins de santé primaires pour les Albertains.
- Donner l'accès à des services de soins primaires adéquats, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.
- Aider les médecins et le personnel de leurs cabinets à mettre l'accent sur :
 - les soins aux patients atteints de maladies chroniques et de pathologies complexes;
 - les stratégies de promotion de la santé;
 - la prévention des maladies et des blessures.
- Améliorer la coordination des services de soins de santé primaires avec d'autres fournisseurs de services de santé, comme les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et les services de soins spécialisés.
- Aider les médecins de famille exerçant dans la collectivité à développer un esprit d'équipe dans la prestation des soins de santé primaires.

Des infirmières ont été embauchées pour seconder les médecins, à raison d'une infirmière pour trois médecins dans le cas des soins gériatriques et du traitement des maladies chroniques complexes. Les infirmières assignées à la clinique d'un médecin recevaient une formation pour apprendre à résoudre les problèmes spécifiques des soins gériatriques.

Le Réseau de soins de santé primaires d'Edmonton Sud

Ce réseau (*Edmonton Southside Primary Care Network* ou ESSPCN) est le premier réseau créé en Alberta et il a commencé à offrir des services aux citoyens d'Edmonton en 2005.

La gériatrie, un volet primordial de l'ESSPCN, fut l'un des premiers programmes mis en œuvre. Les médecins de famille étaient bien conscients que les besoins de leurs patients gériatriques exigeaient beaucoup plus de temps que ces médecins étaient en mesure de leur

consacrer régulièrement. Le groupe de médecins était persuadé que si les ressources et les services pertinents étaient disponibles, non seulement la population âgée en profiterait, mais que ce programme pourrait alléger en partie le fardeau relié à la prise en charge de ces patients âgés et à la prestation des soins chroniques complexes dont ils ont besoin. Cette opinion s'est révélée juste à la lumière des résultats d'une enquête sur l'évaluation des besoins menée auprès des omnipraticiens participants au début du programme PCN¹. Cette

enquête visait à découvrir les obstacles les plus importants que devaient surmonter les omnipraticiens qui dispensent la gamme complète des soins gériatriques, ainsi que les problèmes les plus difficiles de la gestion de ces soins.

Les médecins interrogés affirment que le plus grand obstacle est le peu de temps qu'ils peuvent consacrer à un patient donné, ce qui les empêche d'effectuer une anamnèse détaillée pour connaître les antécédents sur les plans de la capacité fonctionnelle, de la fonction cognitive et du fonctionnement social. Ils mentionnent aussi que leur méconnaissance des ressources communautaires destinées à ces patients nuit à la qualité des soins à leurs patients âgés. Les problèmes les plus épineux touchent les appréhensions des médecins à propos du diagnostic et du traitement des déficits cognitifs et de la démence, de l'évaluation de la capacité juridique, et des mesures à prendre pour résoudre les difficultés des aidants et les problèmes comportementaux des patients.

La présence d'infirmières capables d'aider les omnipraticiens au cabinet médical, de faire des visites à domicile et d'aider à la surveillance et au repérage des patients frêles à risque est, de l'avis des médecins interrogés, la forme d'aide la plus utile. L'analyse des données regroupées sur l'utilisation des ressources au cours des quatre années précédentes montre que la démence et les divers aspects des soins requis sont la principale raison de l'orientation vers le programme *More Time for Care* (MTFC) (que nous décrivons plus loin dans cet article)¹.

Personnel du PCN, formation et enseignement

L'un des premiers membres du personnel du PCN à être embauché a été une infirmière spécialisée en gériatrie. En tenant compte des directives des médecins en matière de gériatrie et des orientations choisies par le conseil d'administration du PCN, il fut décidé que l'ESSPCN élaborerait un programme pour expliquer à tous les membres du personnel et aux médecins les besoins spécialisés des patients âgés présentant un cas complexe. C'est ainsi qu'a débuté le programme de décentralisation des évaluations et des interventions gériatriques vers les différents cabinets médicaux dans la collectivité.

Des infirmières ont été embauchées pour seconder les médecins, à raison d'une infirmière pour trois médecins dans le cas des soins gériatriques et du traitement des maladies chroniques complexes. Les infirmières assignées à la clinique d'un médecin recevaient une formation pour apprendre à résoudre les problèmes spécifiques des soins gériatriques. Cette formation visait à accroître leur sensibilisation, leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine de l'évaluation et du traitement gériatriques, avec une attention particulière accordée à la démence (Tableau 2).

Des infirmières pour seconder les médecins

L'infirmière spécialisée en gériatrie et son équipe agissent comme mentors auprès des infirmières dans les cliniques mêmes où elles devront amorcer le dépistage de la démence et évaluer la fonction cognitive à l'aide des instruments comme le

Tableau 2

Formation des infirmiers et infirmières en soins gériatriques

- Évaluation gériatrique :
 - instruments de dépistage des troubles cognitifs (MMSE uniformisé, GDS, test du dessin de l'horloge, FAB, MoCA);
 - évaluation de l'aptitude à accomplir les activités fondamentales et instrumentales de la vie quotidienne;
 - problèmes d'ordre social, financier et sécuritaire;
 - médicaments (sur ordonnance, en vente libre, remèdes à base de plantes)
 - réseau de soutien (famille, organismes).
- Conférences en gériatrie (démence, delirium, effets indésirables, constitution frêle, chutes, aspects médico-légaux)
- Mandat d'inaptitude et procuration perpétuelle
- Pharmacothérapie de la démence
- Violence à l'égard des personnes âgées
- Conducteurs médicalement à risque
- Ressources en milieu communautaire
- Société Alzheimer du Canada
- Lignes directrices consensuelles sur le diagnostic et le traitement de la démence

Les problèmes les plus épineux touchent les appréhensions des médecins à propos du diagnostic et du traitement des déficits cognitifs et de la démence, de l'évaluation de la capacité juridique, et des mesures à prendre pour résoudre les difficultés des aidants et les problèmes comportementaux des patients.

mini-examen de l'état mental (MMSE) uniformisé, le test du dessin de l'horloge, l'échelle d'évaluation de la détérioration globale (GDS), le test d'évaluation des fonctions frontales (FAB) et le test d'évaluation cognitive de Montréal (MoCA), pour seconder le médecin dans le diagnostic de la démence.

Toutefois, ces tests de dépistage sont également effectués par l'infirmière dans le cadre de l'examen physique annuel, du suivi des patients diabétiques âgés de 70 ans

ou plus, ou à la demande du patient, de la famille ou d'autres personnes. Grâce aux résultats de ces tests, l'infirmière collecte des données sur la capacité du patient d'accomplir les activités fondamentales et instrumentales de la vie quotidienne, sur l'utilisation des services, les listes de médicaments que prend le patient, y compris les médicaments en vente libre et les remèdes à base de plantes, ainsi que sur la situation touchant le mandat d'inaptitude ou la procuration perpétuelle.

Équipe gériatrique spécialisée : More Time for Care (MTFC)

Si le patient refuse de venir à la clinique ou s'il en est incapable, ou si des difficultés plus complexes l'empêchent de se présenter à un rendez-vous (problèmes d'ordre social, environnemental, financier, psychologique ou de violence physique), l'infirmière du PCN ou le médecin oriente ce patient à l'équipe gériatrique spécialisée, ou équipe MTFC. Cette équipe est composée d'une infirmière clinique spécialisée (également directrice du programme), de trois infirmières et d'une travailleuse sociale. Des ergothérapeutes affi-

aux services de soins aigus à l'hôpital communautaire local et apporte un soutien ininterrompu pour les visites au domicile de patients âgés frêles, en particulier ceux qui sont atteints de démence et n'ont pas de famille connue. Cette équipe spécialisée peut aussi aider le groupe de médecins en milieu communautaire et d'infirmières du PCN à effectuer des évaluations gériatriques approfondies, à instaurer les traitements, y compris les interventions de réadaptation; elle peut aussi intervenir dans les situations d'urgence, et l'expérience a montré qu'une telle intervention a aidé à changer les modèles des visites aux salles d'urgence et à

soutien comme la Société Alzheimer et d'autres organismes communautaires.

Les patients et leurs proches ont parfois besoin de temps et d'encouragement avant de se décider à utiliser ces ressources et même les médecins de famille occupés peuvent transmettre cette information. Toutefois, il faut consacrer davantage de temps si on veut convaincre ces personnes de faire ces démarches; l'infirmière du PCN à la clinique ou le membre de l'équipe MTFC disposent de plus de temps pour ce faire.

Les discussions entre la direction des médecins en gériatrie du PCN et les gériatres en 2007 indiquent qu'on a pu épargner environ 25 minutes du temps consacré à l'évaluation initiale dans une clinique gériatrique externe en milieu hospitalier en confiant à l'infirmière du PCN ou à un membre de l'équipe MTFC la réalisation d'une grande partie de l'anamnèse gériatrique avant la consultation médicale, en particulier pour l'évaluation et le traitement de la démence.

L'information recueillie au sujet de chaque patient a facilité la transition lorsque les patients, partis de leur domicile et examinés au service des urgences, devaient être hospitalisés, car le personnel de l'équipe MTFC accompagnait ces patients et leurs dossiers durant leur séjour à la salle d'urgence. Cette collecte d'information préalable réduit de beaucoup le temps que doit habituellement consacrer le personnel de la salle d'urgence à obtenir des renseignements sur un patient âgé. En outre, le fait de connaître le plan de soins élaboré pour le patient semble atténuer les inquiétudes des proches.

L'équipe MTFC a réalisé un sondage, avec un taux de réponse de 35 %, auprès des médecins participants afin de connaître les circon-

Les discussions entre la direction des médecins en gériatrie du PCN et les gériatres en 2007 indiquent qu'on a pu épargner environ 25 minutes du temps consacré à l'évaluation initiale dans une clinique gériatrique externe en milieu hospitalier en confiant à l'infirmière du PCN ou à un membre de l'équipe MTFC la réalisation d'une grande partie de l'anamnèse gériatrique avant la consultation médicale, en particulier pour l'évaluation et le traitement de la démence.

liées et un médecin dirigent la clinique de soutien (médecins et infirmières du PCN) dans la prestation des soins gériatriques.

Le membre de l'équipe spécialisée devient alors un membre additionnel de l'équipe qui soutient la dyade médecin/infirmière dans les soins aux patients. La demande d'aide la plus fréquente de la part du médecin ou de l'infirmière, ou des deux, porte sur l'évaluation et le traitement de la démence et, au second rang, sur l'aide aux aidants qui s'occupent d'un proche atteint de démence.

L'équipe MTFC coordonne l'orientation des patients vers le gériatre pour l'évaluation, elle facilite l'accès

faciliter l'accès aux lits des hôpitaux de soins aigus, en cas de besoin. Lorsqu'il faut prendre des décisions au sujet de la mise en vigueur d'un mandat d'incapacité ou d'une procuration perpétuelle, ou lorsqu'il faut recueillir de l'information pour remplir la demande auprès du tuteur ou du curateur public, l'équipe MTFC peut consacrer le temps requis pour effectuer les évaluations pertinentes pour le médecin ou le gériatre du programme régional.

On assiste également les patients et leurs familles à rédiger un mandat d'incapacité ou une procuration perpétuelle après un récent diagnostic de démence et lorsque ces personnes sont orientées vers des groupes de

stances qui influent sur la décision du médecin d'adresser un patient à l'équipe MTFC. Les médecins ont confirmé qu'ils feraient d'abord appel à l'infirmière du PCN à la clinique pour obtenir de l'aide, puis à l'équipe MTFC; en situation de crise, toutefois, ils s'adresseraient d'abord à l'équipe MTFC².

Étude de cas : Madame H.

À titre de médecin de famille, quelle serait votre attitude et que feriez-vous dans les circonstances hypothétiques suivantes?

Un médecin de famille qui exerce seul reçoit une lettre de trois pages d'une amie d'une patiente; cette amie est fort préoccupée par ce qu'elle appelle « la détérioration de la santé mentale » de Madame H. en raison des observations suivantes :

- La patiente a oublié qu'elle avait fait une chute récemment.
- Durant un trajet jusqu'au centre commercial, elle a répété les mêmes questions « quatre fois entre la 63^e et la 34^e avenue ».
- Elle raconte des anecdotes du temps de son enfance, mais elle ne se souvient pas des événements récents.
- Elle prétend avoir perdu son sac à main chez son amie et l'avoir retrouvé plus tard dans le tiroir du meuble de la salle de bain de cette amie.
- Elle a payé deux fois ses impôts sur le revenu l'an dernier, et lorsqu'elle a reçu un chèque de remboursement de Revenu Canada, elle a voulu envoyer un autre chèque.

Le médecin de famille prend les mesures nécessaires pour que sa patiente vienne à la clinique moins d'une semaine après la réception de cette lettre troublante, mais elle ne vient pas. Elle ne rappelle pas la clinique malgré les multiples messages l'enjoignant de communiquer

avec son médecin.

Avez-vous souvent vu de tels cas? Les médecins de famille sont-ils formés et prêts à réagir aux inquiétudes exprimées par autrui au sujet de la fonction cognitive, comme dans le cas de cette patiente? Le temps qu'il vous faudrait consacrer pour résoudre ce problème serait-il une cause de souci pour vous? Étant donné que vous exercez seul à votre cabinet très fréquenté et que votre seule adjointe est la réceptionniste, combien de temps pourriez-vous allouer à la recherche de solutions aux divers problèmes potentiels?

Madame H. n'ayant toujours pas communiqué avec la clinique, le médecin fait une demande auprès de l'équipe MTFC. L'infirmière de l'équipe téléphone de nombreuses fois à la patiente et se rend à plusieurs reprises à son domicile, mais elle ne peut entrer dans l'appartement. Elle réussit enfin à parler au gérant, qui lui ouvre la porte principale de l'immeuble. Madame H. accepte que l'infirmière visite l'appartement; cette dernière constate que le logis est en ordre et que le réfrigérateur est rempli d'une variété d'aliments dont la date de péremption approche. La patiente affirme qu'elle ne prend aucun médicament (les ordonnances sont périmées). Par ailleurs, Madame H. ne se rend pas compte que les images qu'elle regarde à la télévision sont celles de la caméra de surveillance dans le hall d'entrée de l'immeuble.

Grâce aux efforts concertés de l'équipe MTFC, de l'amie de Madame H., de son médecin et de l'infirmière du PCN, la patiente rencontre son médecin pour la première fois depuis des mois. Le médecin pose un diagnostic de démence et il recommande de

soumettre des demandes de tutelle et de curatelle au nom de la patiente. L'équipe MTFC commence la collecte d'information pour remplir ces documents.

Au cours de ces visites, Madame H. manifeste une forte paranoïa, elle se barricade dans son appartement et refuse de s'alimenter. Elle paie son loyer trois fois au cours du même mois. Le membre de l'équipe MTFC demande au propriétaire de ne plus encaisser les chèques. À la dernière consultation, le médecin constate que Madame H. a maigri d'environ 5,4 kg en quatre semaines; les démarches sont entreprises pour que la patiente soit hospitalisée à l'unité de soins gériatriques. Les renseignements au sujet du traitement de la patiente sont transmis au personnel de la salle d'urgence et à l'équipe gériatrique qui l'accueillera à l'unité de soins.

Conclusion

La présence d'infirmières et d'infirmiers formés en gériatrie et bénéficiant d'un mentorat dans les cabinets médicaux permet d'offrir le soutien nécessaire aux patients atteints de démence et à leurs aidants. En outre, le soutien additionnel de l'équipe MTFC élargit l'accès aux soins médicaux dans la collectivité dans le cas des patients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas venir au cabinet du médecin pour se faire soigner.

Références :

1. DeBruin J, Zirk H, Daly S. Edmonton Southside PCN Geriatrics Needs Assessment Study. Présenté au *Geriatric Grand Rounds*, 2006 Edmonton.
2. *Southside PCN More Time for Care Results of Physician Referral Survey* 2008, non publié.

Renforcement de la mémoire chez les adultes d'âge mûr

En vue de faire connaître à la population vieillissante d'Edmonton les techniques de renforcement de la mémoire visant à stimuler la mémoire de rappel, les Services de santé de l'Alberta (AHS, *Alberta Health Services*) ont élaboré pour les adultes d'âge mûr un programme axé sur l'autoefficacité, les techniques d'entraînement de la mémoire et les facteurs liés à un mode de vie sain pour renforcer la mémoire. L'équipe multidisciplinaire du programme, composée d'ergothérapeutes, d'infirmières, de pharmaciens et de diététiciennes, a préparé un cours de six semaines intitulé *Boosting Your Memory* (Renforcer votre mémoire). Depuis le début des activités du programme en 1999, 2 139 personnes âgées de 50 ans ou plus ont amélioré leur confiance en leur mémoire de rappel et fait preuve d'une meilleure performance mnésique.

Par Amy Lau, B.Sc. (ergothérapie)

En 1999, les Services de santé de l'Alberta (AHS), désireux de répondre aux besoins de la population vieillissante d'Edmonton, ont mené une enquête sur les préoccupations des personnes âgées de 65 ans ou plus qui vivent dans des résidences pour personnes autonomes de cette ville. Parmi les 200 personnes âgées interrogées, toutes ont affirmé qu'elles éprouvaient des troubles de mémoire et qu'elles voulaient apprendre des techniques pour renforcer leur mémoire de rappel.

Amy Lau, B.Sc. (ergothérapie)
Chef d'équipe, *Community Rehabilitation Program Services for Seniors Alberta Health Services*
Membre, *Healthy Aging Resource Team*
Edmonton, Alberta

En réaction aux résultats de l'enquête, l'équipe d'ergothérapeutes du centre de réadaptation communautaire des AHS a lancé un projet pour élaborer un programme de renforcement de la mémoire et pour répondre aux besoins exprimés.

Le principal objectif du programme est d'aider les personnes âgées à avoir une plus grande confiance en leur mémoire, à apprendre des techniques pour améliorer leur performance mnésique et leur mémoire de rappel, et à adopter un mode de vie sain pour préserver et prolonger leur autonomie dans la vie quotidienne.

Programme pilote de renforcement de la mémoire

L'équipe a effectué une recherche documentaire sur un éventail de sujets reliés aux techniques de renforcement de la mémoire. Des pro-

grammes existants de renforcement de la mémoire chez des sujets âgés ont particulièrement retenu l'attention de l'équipe; ces programmes étaient axés sur l'autoefficacité¹⁻⁴ ainsi que sur des autoévaluations subjectives et objectives⁵⁻⁷. Le modèle du programme est fondé sur l'ouvrage de M.D. Caprio-Prevette et P.S. Fry, *Memory Enhancement Program for Older Adults*¹ et il s'inspire aussi en grande partie des ouvrages de Gary Small, *The Memory Bible*⁸, et de Cynthia R. Green, *Total Memory Workout*⁹.

Guidée par les résultats de l'enquête et de la recherche documentaire et les principes de l'ergothérapie qui visent à inciter les personnes à poursuivre au quotidien des activités qui favorisent la santé et le bien-être¹⁰, l'équipe a conçu un programme pilote à trois volets principaux :

1. l'autoefficacité;
2. les techniques d'entraînement de la mémoire;
3. les facteurs reliés au mode de vie qui influent sur la mémoire.

Les participants devaient avoir 65 ans ou plus et ils ne devaient jamais avoir reçu un diagnostic de démence ou d'une maladie connexe. Le programme était destiné aux personnes âgées dans la collectivité qui souhaitent en savoir davantage sur les moyens d'améliorer leur mémoire. Les participants se réunissaient pendant 12 heures, au total, à raison de deux heures par semaine, pendant six semaines consécutives.

En juin 2000, soit neuf mois après l'enquête initiale, l'équipe des Services d'ergothérapie pour les aînés a inauguré le premier programme dans l'une des unités d'habitation où vivaient les personnes âgées. Les 18 participants avaient 65 ans ou plus, et le groupe comptait un homme et 17 femmes. Au cours du projet pilote, l'équipe a compris la grande valeur d'un programme en milieu communautaire, car plusieurs participants s'étaient déjà rencontrés et tous vivaient dans les unités d'habitations locales pour personnes autonomes. Ce facteur, allié au fait que les participants partageaient les mêmes aspirations, a permis à ces personnes de forger des liens sociaux étroits à mesure qu'elles acquéraient de nouvelles aptitudes de renforcement de la mémoire et qu'elles s'exerçaient à les mettre en pratique.

À la fin des six semaines, les participants ont affiché une meilleure performance au test de rappel de 10 mots ainsi qu'une plus grande confiance dans leur mémoire. Selon les commentaires recueillis par

Tableau 1

Sujets d'intérêt multidisciplinaire abordés par les ergothérapeutes, les infirmières et les pharmaciens

- Fonctionnement de la mémoire
- Changements normaux de la mémoire attribuables au vieillissement
- Exercices et habitudes visant à renforcer la mémoire
- Méthodes d'entraînement pour stimuler la mémoire de rappel et retrouver ses souvenirs
- Pensées et sentiments à propos de la mémoire et de la distraction
- Facteurs qui influent sur la mémoire (nutrition, activité physique, sommeil, médicaments, stress)

Au cours du projet pilote, l'équipe a compris la grande valeur d'un programme en milieu communautaire, car plusieurs participants s'étaient déjà rencontrés et tous vivaient dans les unités d'habitations locales pour personnes autonomes [ce qui] a permis à ces personnes de forger des liens sociaux étroits à mesure qu'elles acquéraient de nouvelles aptitudes de renforcement de la mémoire et qu'elles s'exerçaient à les mettre en pratique.

l'animatrice du programme, tous les participants (18) ont déclaré qu'ils avaient une meilleure capacité de mémoire, en particulier de la mémoire de rappel à long terme et qu'ils avaient une plus grande confiance en leur mémoire.

Un mois après la fin du programme pilote, l'équipe a organisé un second atelier dans un centre de jour local pour personnes âgées, dont l'intérêt pour ce cours était principalement attribuable au bouche-à-oreille. Bien que le nombre maximal de participants ait été de 30, environ 10 autres personnes sont venues le premier jour pour participer à cet atelier. En outre, au début du projet pilote, l'équipe a reçu de nombreuses demandes de la part d'associations de personnes

âgées, de groupes paroissiaux, de centres pour personnes âgées et d'autres organismes du milieu qui exprimaient leur désir de participer ou d'accueillir un atelier de renforcement de la mémoire.

L'approche multidisciplinaire

Au mois de novembre 2000, six mois environ après le lancement du programme initial et après deux ateliers organisés avec succès, l'équipe s'est demandé s'il était possible d'élargir les services offerts durant les ateliers; elle a donc communiqué avec des infirmières et des diététistes des AHS œuvrant en milieu communautaire ainsi qu'avec des pharmaciens d'officine. Des représentants de chaque groupe professionnel, y compris

Figure 1

Programme de renforcement de la mémoire déployé par les Services de santé de l'Alberta (AHS) : Description abrégée du cours

Première séance

- Introduction
- Objectifs du cours : *Healthy Heart, healthy brain* (Un cœur sain, un cerveau en santé)
- Plan de cours
- Définition des objectifs : *What I want to get out of this program* (Ce que je veux accomplir)
- Pause
- Fonctionnement de la mémoire
- Outil mnémonique : *Active Observation* (Observation active)
- Résumé et travail personnel

Deuxième séance

- Revue
- Outils mnémoniques : *Association, picture in your mind and name recall* (Association, imagerie mentale et rappel des noms)
- Pause
- *Believe in yourself : Relationship between thoughts, feelings and memory, changing your point of view* (Faites-vous confiance : Relation entre les pensées, les sentiments et la mémoire, modifier votre point de vue)
- Résumé et travail personnel

Remarque : Ce plan est un exemple des deux premières séances du cours, qui compte un total de six séances.

© Alberta Health Services (AHS).

L'équipe originale du programme pilote comptait deux ergothérapeutes, mais aujourd'hui c'est une équipe multidisciplinaire composée de 25 infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, pharmaciennes et pharmaciens, diététiciens et diététiciennes.

des ergothérapeutes, ont mené une recherche dans leurs domaines d'activité respectifs dans le but d'ajouter une dimension multidisciplinaire au programme de renforcement de la mémoire (Tableau 1).

Les professionnels de soins infirmiers ont élaboré deux cours intitulés *Active Body*, *Active Mind* et *How to get a Good Night Sleep*;

quant aux pharmaciens locaux qui participaient au programme, ils ont recueilli les opinions de nombreux pharmaciens en milieu communautaire et gouvernemental (AHS) et ensuite, ils ont préparé une présentation sur les médicaments et la mémoire (*Medication and Memory*). Les diététistes, pour leur part, ont préparé un exposé fondé sur des

données scientifiques sur l'alimentation saine (*Smart Nutrition*), et les ergothérapeutes ont concentré leurs efforts sur les ateliers de renforcement de la mémoire (*Memory Tools*, *Good Memory Practices*, *Habits*, *Belief in Yourself*, *Relax and Remember*). Ce groupe a également participé à la compilation globale et à l'intégration des connaissances spécialisées en ergothérapie, en soins infirmiers, en pharmacie et en nutrition dans un programme de renforcement de la mémoire original, comme on le constate en lisant le sommaire du plan de cours (Figure 1).

Le nom du programme, *Boosting Your Memory*, est protégé par le droit d'auteur depuis 2001. Le programme est dirigé par une ergothérapeute des AHS qui coordonne le fonctionnement global du programme dans la région d'Edmonton et dans la périphérie. Cette ergothérapeute collabore avec l'équipe pour uniformiser et examiner la méthode d'animation des ateliers, la documentation pour les présentations et les cahiers d'exercices des participants. De concert avec l'infirmière praticienne, l'ergothérapeute qui dirige le programme forme les nouveaux membres de l'équipe dans l'animation des ateliers.

Évolution du programme

De la naissance du programme jusqu'au milieu de l'année 2002, à mesure que la matière enseignée se définissait avec plus de précision et que les meilleures pratiques se confirmaient, l'équipe a préparé et uniformisé le guide du programme et les documents de cours pour orienter le déroulement et la teneur de chaque séance. En outre, on a découvert pendant cette période que

les facteurs qui influent sur le risque de maladie cardiovasculaire pourraient aussi influencer semblablement sur le risque de démence¹¹. En s'inspirant de ce concept, l'équipe a imaginé le thème « bon pour le cœur, bon pour le cerveau ». Elle a intégré au programme l'information sur les moyens de maîtriser l'hypertension, le diabète, l'hypercholestérolémie, sur l'importance des activités physiques et mentales et sur les effets du tabagisme et de l'alimentation.

En date du mois d'avril 2009, 118 ateliers *Boosting Your Memory* de six semaines avaient été organisés dans des centres pour personnes âgées, à l'intention d'associations de personnes âgées et de divers groupes du troisième âge dans des églises et dans des résidences pour personnes âgées à Edmonton. Jusqu'à maintenant, 2 139 adultes d'âge mûr ont participé au programme *Boosting Your Memory*.

L'équipe originale du programme pilote comptait deux ergothérapeutes, mais aujourd'hui c'est une équipe multidisciplinaire composée de 25 infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, pharmaciennes et pharmaciens, diététiciens et diététiciennes. En général, ces personnes animent des programmes dans leurs collectivités, en même temps qu'elles assument d'autres responsabilités et d'autres rôles. En outre, le programme a été étendu aux régions avoisinantes d'Edmonton à mesure que d'autres animateurs et animatrices étaient formés pour mettre en œuvre ces programmes dans leurs milieux. Bien que le contenu du programme soit uniformisé, les animateurs tiennent compte de leur propre environ-

nement, de la dynamique de leur groupe et des ressources du milieu pour que le programme soit efficace dans le cas d'un groupe donné.

Clientèle cible

Le programme pilote était destiné exclusivement aux personnes âgées de 65 ans ou plus, mais la recherche a montré que la mémoire peut commencer à décliner vers l'âge de 50 ans⁹. L'âge seuil d'admissibilité au programme a donc été abaissé à 50 ans, au lieu de 65 ans. Les séances ultérieures ont attiré des personnes de 40 à 90 ans et l'âge moyen des participants était de 66 ans. Environ 90 % des participants sont des femmes, mais le nombre d'hommes

Le programme pilote était destiné exclusivement aux personnes âgées de 65 ans ou plus, mais la recherche a montré que la mémoire peut commencer à décliner vers l'âge de 50 ans⁹. L'âge seuil d'admissibilité au programme a donc été abaissé à 50 ans, au lieu de 65 ans.

est en constante progression. Soulignons que les couples assistent souvent ensemble aux séances pour s'encourager mutuellement.

Le degré d'instruction des participants variait beaucoup, allant du plus modeste diplôme au doctorat. Parmi ceux qui ont répondu à la question sur leur degré de scolarité, environ 75 % avaient un diplôme de 12^e année ou avaient terminé des études postsecondaires.

Les critères d'admissibilité au programme n'ont pas changé, c'est-à-dire qu'ils sont axés sur les personnes âgées qui vivent dans la collectivité et qui souhaitent en apprendre davantage au sujet de la mémoire et qui veulent améliorer leurs aptitudes mentales; ils visent également les adultes âgés proactifs

qui veulent apprendre comment prévenir le risque de développement de la démence ou les maladies connexes.

Les participants ont souvent exprimé des sentiments de colère, de peur et de désespoir reliés au vieillissement et au risque de souffrir de troubles de la mémoire. Une participante dont la mère avait souffert de démence a exprimé ses propres appréhensions, mais après avoir terminé le programme, elle a déclaré qu'elle se sentait rassurée : « Tout le monde oublie. Le fait de suivre ce cours m'a redonné l'espoir, car j'ai appris ce que je peux faire pour améliorer ma mémoire. »

Évaluation du programme

Méthode. En 2002, un comité d'évaluation a aidé à élaborer une méthode d'évaluation en vue d'améliorer le programme *Boosting Your Memory*. Des évaluations annuelles ont été effectuées en 2003, 2004 et 2005 par 482 clients. Bien que nous ne fassions plus d'évaluations formelles, nous demandons aux participants de faire part de leurs commentaires à la fin de chaque atelier; en outre, les participants se soumettent à une épreuve de mémoire avant et après l'atelier pour juger de leur performance.

Pendant la période d'évaluation du programme (de 2002 à 2005), les participants ont été soumis à une évaluation avant et après leur participation, y compris à une épreuve

objective d'évaluation de la mémoire et à une autoappréciation subjective de leur capacité mnésique. En outre, en 2003 et 2004, les participants ont fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation après trois mois à l'aide d'un questionnaire expédié par la poste.

Épreuve objective. Aux séances initiales et finales, les participants étaient soumis à un test de mémorisation de 10 mots⁸. Les résultats ont montré que plus de 70 % des participants présentaient de meilleurs résultats à l'épreuve objective finale. Ce fut le cas d'un participant qui était sous oxygénothérapie jour et nuit et qui se disait fort triste d'être aussi affaibli. Ce monsieur âgé d'environ 60 ans a assisté à toutes les séances, même s'il devait aller aux toilettes toutes les 30 minutes. À l'épreuve objective initiale, il s'était rappelé seulement deux mots sur 10. À l'épreuve finale, ce score était de 7 sur 10. Ce participant a partagé sa joie d'un aussi bon résultat avec les autres participants et il s'est dit fort encouragé parce qu'il avait retrouvé une partie de sa confiance en soi et du contrôle de sa vie.

Autoévaluation de la mémoire. À l'aide du formulaire d'évaluation du programme, on demandait aux participants d'estimer la qualité de

leur mémoire (très mauvaise, mauvaise, passable, bonne, très bonne ou excellente) au début de l'atelier.

Avant le début du cours, 40 % des participants étaient d'avis que leur mémoire était excellente, très bonne ou bonne. À la dernière séance, cette proportion était passée à 86 %. De plus, en 2002 et 2003, les participants ont répondu à un questionnaire d'évaluation trois mois après la fin des cours. Au total, 200 questionnaires ont été expédiés et 108 ont été retournés dûment remplis. Parmi les participants qui ont répondu, 76 % estimaient que leur mémoire était excellente, très bonne ou bonne.

L'information ainsi transmise a été très utile pour obtenir les ressources nécessaires au fonctionnement du programme et pour élargir le programme aux régions environnantes.

Perspectives futures

À mesure que l'équipe approfondit son expérience en tirant des leçons des cours organisés et des commentaires des participants, le programme continue d'évoluer et la matière du cours de s'enrichir. Pour mieux assimiler cette matière, les participants exécutent des activités et des exercices durant la séance et ils

doivent aussi effectuer des travaux personnels pour mettre en pratique et améliorer les techniques de renforcement de la mémoire, assimiler les concepts et les intégrer dans leur quotidien. Les interventions qui visent à atténuer les inquiétudes au sujet de la mémoire contribueront à améliorer le bien-être et la qualité de vie des participants. Les commentaires des participants et les observations des animateurs démontrent que le cours *Boosting Your Memory* a accru la confiance des aînés et amélioré la performance de leur mémoire. Il a aussi aidé les participants à modifier leurs habitudes quotidiennes de manière à promouvoir la santé cérébrale, notamment par des changements dans leur alimentation, leur activité physique, leur hygiène du sommeil, leur gestion du stress et la prise des médicaments.

Le programme *Boosting Your Memory* aura bientôt 10 ans et les Services de santé de l'Alberta se félicitent du retentissement particulier de ce programme sur le bien-être d'adultes dans la quarantaine seulement et aussi d'autres adultes ayant atteint l'âge vénérable de 90 ans ou plus. L'équipe souhaite continuer à améliorer et à étendre ses services dans ce domaine.

Références :

1. Caprio-Prevette MD, Fry PS. Memory enhancement program for community-based older adults: development and evaluation. *Exp Aging Res* 1996; 22(3):281-303.
2. Richard C, Mohs TA, Ashman K, et coll. A study of the efficacy of a comprehensive memory enhancement program in healthy elderly persons. *Psychiatry Res* 1998; 77(3):183-95.
3. Neely AS, Bäckman L. Long-term maintenance of gains from memory training in older adults: two 3 1/2-year follow-up studies. *J Gerontol* 1993; 48(5):P233-7.
4. McDougall GJ Jr. Cognitive interventions among older adults. *Annu Rev Nurs* 1999; 17:219-40.
5. Floyd M, Scogin F. Effects of memory training on the subjective memory functioning and mental health of older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging* 1997; 12(1):150-61.
6. Dixon RA, Hultsch DF, Hertzog C. The Metamemory in Adulthood (MIA) questionnaire. *Psychopharmacol Bull* 1988; 24(4):671-88.
7. Gilewski MJ, Zelinski EM. The Memory Functioning Questionnaire for Assessment of Memory Complaints in Adulthood and Old Age. *Psychol Aging* 1990; 5(4):482-90.
8. Small G. *The Memory Bible - An Innovative Strategy for Keeping Your Brain Young*. Hyperion Books, New York, 2002.
9. Green CR. *Total Memory Workout - 8 Easy Steps to Maximum Memory Fitness*. Bantam Books, New York, 2001.
10. Townsend EA, Polatajko HJ. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision For Health, Well-Being, & Justice Through Occupation*. Canadian Association of Occupational Therapists Publishers, Ottawa, 2007.
11. Dalziel WB. Vascular concept: vascular risk factors and AD. *Can Rev Alz Dis & Other Dementias* 2007; 10(3):4-8.

Un message d'espoir aussi

Bien que le rapport de l'étude *Raz-de-marée* rende publiques des statistiques alarmantes sur la MA et les affections connexes et leurs conséquences chez les Canadiens, nous devons nous rappeler que ce portrait deviendra réalité seulement si la situation reste inchangée. L'investissement dans la recherche et la prévention, la formation et le soutien des aidants, la sensibilisation accrue à la maladie et à l'importance d'un diagnostic dès le stade précoce peuvent faire la différence.

Toutefois, la Société Alzheimer ne peut induire le changement à elle seule. La puissance de notre voix à se faire entendre est déterminée par le nombre de Canadiens qui joignent leurs voix à la nôtre dans cet appel à la mobilisation.

« Les résultats de *Raz-de-marée* nous apportent les preuves qui convaincront les gouvernements dans tout le Canada de répondre à notre appel au changement », dit madame Benczkowski. « En même temps, il est vital que les Canadiens consacrent leurs meilleures énergies à lutter contre la démence, en agissant de concert avec nos gouvernements et en les incitant à agir maintenant. »

Pour de plus amples renseignements sur l'étude *Raz-de-marée*, visitez notre site à www.alzheimer.ca.

La Société Alzheimer est le principal organisme de santé canadien pour les personnes atteintes de démence au Canada. En plus de défendre leur cause auprès des instances gouvernementales et de leur offrir, ainsi qu'à leurs aidants et à leurs familles, des soins et services de soutien de haute qualité, la Société est un des bailleurs de fonds les plus importants en matière de formation et de recherche sur la maladie d'Alzheimer. Active dans plus de 140 communautés à travers le Canada, la Société est un membre clé de l'organisme Alzheimer Disease International, au sein duquel elle participe à la lutte mondiale contre la maladie d'Alzheimer et les affections connexes.

Pour obtenir de l'information additionnelle sur la maladie d'Alzheimer ou les affections connexes et sur les programmes de la Société Alzheimer, ou pour appuyer la campagne de défense des droits menée par la Société Alzheimer, téléphonez au 1-800-616-8816 ou visitez le site Web de la Société à www.alzheimer.ca.

Des nouvelles de la Société Alzheimer du Canada

Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada

Quelque 500 000 Canadiens sont atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) et des affections connexes et on prévoit que ce nombre dépassera un million dans la prochaine génération. Bref, le vieillissement de notre population alimente un raz-de-marée de démence qui menace de submerger notre système de soins de santé et notre structure sociale.

Un raz-de-marée

Au mois de janvier, le mois de la sensibilisation à la maladie d'Alzheimer, la Société Alzheimer rendra publics les résultats d'une étude marquante intitulée *Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada*. Pour la première fois depuis 1991, la Société publiera des statistiques nouvelles et surprenantes sur l'impact économique croissant de la démence au Canada. Le rapport d'étude proposera aussi une série de stratégies d'intervention qui pourraient aider à diminuer le nombre de personnes touchées par la démence, si nos gouvernements décidaient d'investir dans les solutions pertinentes.

« La maladie d'Alzheimer et les affections connexes inquiètent de plus en plus dans notre pays, car elles constituent une épidémie qui a le potentiel de surcharger le système de santé canadien si nous n'effectuons pas, dès maintenant, les changements nécessaires », a déclaré Debbie Benczkowski, chef intérimaire de la direction générale de la Société Alzheimer du Canada. L'étude *Raz-de-marée* est un

appel à la mobilisation – lancé tant à nos parlementaires qu'à la population canadienne – pour qu'ils induisent le changement, pendant qu'il est encore temps. »

Les personnes âgées, une population croissante

Selon Statistique Canada, 4,3 millions de Canadiennes et de Canadiens, soit une personne sur sept, sont âgés de 65 ans et plus. D'ici 2015, leur nombre devrait atteindre 5,4 millions. Comme l'âge demeure le principal facteur de risque dans la MA ou une affection connexe, on craint depuis longtemps que le vieillissement de notre population ait une incidence directe sur le nombre de personnes atteintes de ces maladies. L'étude *Raz-de-marée* examine en profondeur l'incidence de la MA et des affections connexes, afin de comprendre leur profil démographique et épidémiologique, ainsi que leurs conséquences économiques au cours des 30 prochaines années. Fondée sur les connaissances déjà acquises sur la MA et les affections connexes, notamment les moyens pour réduire le risque de démence et les mesures de soutien aux personnes touchées par ces affections, l'étude analyse les effets potentiels de différentes interventions et leur retentissement sur les conséquences sanitaires et économiques de la MA et des affections connexes au Canada.

Suite à la page 22