



Bulletin sur la démence destiné aux médecins

Vol. 4, N° 3

OTTAWA

automne 2004

Une publication du Réseau de la démence d'Ottawa

Dans ce numéro

Approches non pharmacologiques des symptômes comportementaux dans la démence

Qui devrait faire l'objet d'une évaluation pour des problèmes cognitifs? cognitifs?

Ont contribué

D^r Andrew Wiens
Directeur, Hôpital gériatrique de jour
Hôpital Royal d'Ottawa
Professeur adjoint de psychiatrie
Université d'Ottawa

D^r W. Dalziel
Chef, programme régional d'évaluation
gériatrique
Unité d'évaluation gériatrique
L'hôpital d'Ottawa, Campus Civic

Available in English

Translation courtesy of:
Traduction gracieuseté de :



JANSSEN-ORTHO Inc.

Pour plus d'information

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

Approches non pharmacologiques des symptômes comportementaux dans la démence

D^r Andrew Wiens
Directeur, Hôpital gériatrique de jour
Hôpital Royal d'Ottawa
Professeur adjoint de psychiatrie
Université d'Ottawa



Les symptômes comportementaux surviennent chez 90 % des patients atteints de démence. Une approche structurée peut diminuer l'anxiété du médecin et du personnel lors de l'évaluation et de la détermination du traitement approprié.

1. Qui est agité? Le manque de connaissances ou l'incompréhension peuvent susciter de vives craintes face aux problèmes comportementaux. La résolution d'un problème comportemental commence parfois par l'éducation et éventuellement le traitement de l'aidant.

2. Quel est le comportement? Définissez et surveillez les symptômes cibles : ceci permet non seulement d'évaluer la réponse au traitement, mais aussi d'aider le personnel et les membres de la famille à prendre du recul par rapport au comportement, en le considérant comme un objet d'étude plutôt que comme une attaque personnelle. Des outils comme le Cohen-Mansfield Agitation Inventory ou le Neuropsychiatric Inventory (NPI) seront utiles.

3. Que se passe-t-il « à l'intérieur »? Posez ou revoyez les diagnostics médicaux : essayez d'identifier toute pathologie qui pourrait causer ou déclencher le comportement, et surtout le délire. Tout changement soudain de comportement par rapport à l'état normal du patient doit être considéré comme un délire afin de ne pas négliger ce problème fatal. Parmi les causes possibles, citons les infections, la déshydratation, les anomalies métaboliques, les effets secondaires des médicaments et la douleur (y compris la douleur provoquée par la constipation).

4. Que se passe-t-il « à l'extérieur »? Évaluez et renversez les facteurs aggravants : Cohen-Mansfield (Am J Geriatr Psychiatry 2001 ; 9: 361-81) identifie trois modèles théoriques qui fournissent un cadre permettant de formuler un plan de traitement.

...Suite à la page 2

A. Besoins non satisfaits : comme la privation sensorielle, l'ennui et la solitude. L'offre d'activités stimulantes et les interactions sociales peuvent être utiles. Évaluez les éventuelles déficiences auditives et visuelles et essayez de les corriger. L'évaluation de la qualité des soins (recours à la contention, intensité lumineuse, toilette et communication) est essentielle et peut être abordée par la formation continue du personnel.

B. Apprentissage / comportement: On part du principe qu'un problème est un comportement acquis déclenché ou renforcé par d'autres comportements, comme une attention accrue en cas de conduite indésirable. La surveillance du comportement pendant au moins une semaine peut parfois mettre en lumière des tendances permettant d'identifier la cause. Le traitement vise à éliminer le facteur aggravant ou déclenchant ou à encourager un comportement souhaitable qui, on l'espère, remplacera le problème.

C. Vulnérabilité à l'égard du milieu environnant / baisse du seuil de stress : La démence abaisse progressivement le seuil de tolérance du patient vis-à-vis des changements dans son environnement, au point que même des niveaux normaux de stimulation peuvent lui être intolérables. On peut essayer de distraire l'attention du patient; un environnement calme, le camouflage de portes de sortie, des couleurs neutres, le retrait des postes de télévision et de radio ainsi que des téléphones peuvent aussi être utiles. La compréhension de la perte

progressive des aptitudes et des facultés (qui dans la maladie d'Alzheimer est à l'inverse du développement de l'enfant) peut permettre l'attribution d'un âge correspondant et offrir un outil d'enseignement pour le personnel et les membres de la famille. Par exemple, le patient qui a perdu l'aptitude de s'habiller seul fonctionne au même niveau qu'un enfant de cinq ans et on ne peut pas s'attendre à ce qu'il s'occupe tout seul.

D. Que sait la famille? Identifiez les facteurs psychosociaux pertinents. Les souvenirs chargés d'émotion sont mieux préservés, même dans la démence, que les autres types de souvenirs. Certaines réactions peuvent se comprendre par une anamnèse psychosociale attentive. Les membres de la famille peuvent avoir une compréhension de la vie du patient qui aidera les soignants à faire face à des situations susceptibles de déclencher des souvenirs douloureux.

En général, il est préférable de prendre en charge ces problèmes dans le cadre de vie du patient, surtout si ce dernier vit dans un établissement de soins de longue durée, plutôt que de l'hospitaliser. Les soignants peuvent ainsi apprendre à aborder et traiter les problèmes afin de pouvoir aider plus efficacement à l'avenir d'autres patients présentant des problèmes semblables. Nous avons fait allusion plus haut à certaines modalités de traitement possibles; toutefois, elles sont trop nombreuses pour s'insérer dans le propos de ce bref aperçu. Les références ci-dessous, faciles à trouver, constituent un bon point de départ.

Références :

1. Allen-Burge R *et al.* Effective Behavioural Interventions for Decreasing Dementia-Related Challenging Behaviour in Nursing Homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14: 213-32.
2. Cohen-Mansfield, J. Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviours in Dementia. A Review, Summary, and Critique. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 361-81.
3. Finkel SI (rédacteur en chef du projet) BPSD IPA Educational Pack 2002 (peut être consulté gratuitement sur www.ipa-online.org)
4. Raskind MA. Evaluation and Management of Aggressive Behavior in the Elderly Demented Patient. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 [suppl 15] : 45-9.
5. Tariot PN. Treatment of Agitation in Dementia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 [suppl 8] : 11-20

Médecins, une formation innovatrice à votre intention!

Nous nous rendrons dans votre cabinet et nous vous offrirons une séance de formation individuelle (20 à 30 minutes) ou nous y organiserons une séance petit-déjeuner ou bien une séance déjeuner-causerie de 4 à 6 personnes (40 à 60 minutes). Nous nous occuperons du repas!

Les médecins qui tiennent ces séances éducatives sont : Anna Byszewski, Bill Dalziel, Tony Guzmàn, Barbara Power, Tilak Mendis, Inge Loy-English et Louise Carrier.

Pour obtenir davantage d'informations, veuillez appeler le 523-4004

Qui devrait faire l'objet d'une évaluation pour des problèmes cognitifs?

D^r W. Dalziel

Chef, programme régional d'évaluation gériatrique
Unité d'évaluation gériatrique Hôpital d'Ottawa,
Campus Civic

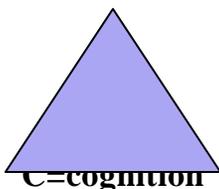
Une personne qui se plaint d'une perte de mémoire ou dont la perte de mémoire préoccupe sa famille devrait subir une évaluation cognitive globale. Toutefois, pensez aux infections urinaires chez les personnes âgées; les IU peuvent s'accompagner de plaintes urinaires spécifiques mais peuvent aussi se manifester non spécifiquement par des chutes, un affaiblissement, l'immobilité, l'anorexie, la fatigue, etc. De même, vous devriez évaluer la cognition chez les personnes âgées qui présentent non spécifiquement: chutes, dépérissement, mauvais état de santé et surtout changement récent inexplicable au niveau de la fonction ou du comportement. Procédez par **ABC** et fixez-vous un « indice élevé de suspicion » vis-à-vis de l'altération cognitive. Il est facile d'être trompé par des aptitudes à soutenir une conversation et de bonnes « manières » en société.

A=AVQ

Finances
Magasinage
Conduite automobile
Cuisine
Voyages
Lavage

B=comportement

Colère
Irritabilité
Apathie
Dépression
Agitation



Si une personne est asymptomatique (pas de plaintes ABC), quand devriez-vous faire un dépistage de la démence?

En 1999, les lignes directrices du Consensus canadien indiquaient qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves pour recommander le dépistage de l'altération cognitive en l'absence de symptômes de démence.

En 2001, l'*American Academy of Neurology* déclarait qu'il faudrait envisager des instruments généraux de dépistage cognitif (p. ex. MMSE) pour la

détection de la démence chez les patients présentant une prévalence élevée d'altération cognitive due à l'âge ou à un dysfonctionnement de la mémoire.

Dépistage de la démence chez les personnes âgées asymptomatiques à haut risque

- Plus de 80 ans (prévalence de démence > 25 %), du simple fait de l'âge
- Plus de 65 ans, en présence d'autres facteurs cliniques
- ACV, après 65 ans ou premier épisode / délire / dépression
- Signes avertisseurs comportementaux suspects
- Facteurs de risque « vasculaires » (hypertension, AVC, accident ischémique transitoire, coronaropathie, diabète, hyperlipidémie, fibrillation auriculaire)
- Antécédents familiaux

Comment procéder au dépistage?

Vous pouvez procéder à un MMSE complet et à d'autres tests de fonction d'exécution / visuospatiale / langagière

- Dessin d'une horloge
- Énumération d'animaux à quatre pattes vivant n'importe où dans le monde (normale est supérieure à 12) en une minute
- Ramparts (continuer la ligne)



- Trail-making test (partie B)

Si cela prend 20 minutes minimum, vous pouvez indiquer les heures de début et de fin sur votre tableau et facturer K032 (évaluation neurocognitive spécifique – 52,50 \$) **OU**

Vous pouvez procéder à un dépistage rapide de la démence (2 à 3 minutes)

- Année
- Dessin d'une horloge
- Mémorisation de trois objets
- Énumération d'animaux à quatre pattes en une minute

Si un point est incorrect, procédez à une évaluation cognitive complète.

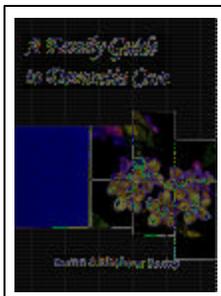
Jetez un coup d'œil sur : www.dementiaeducation.ca



Le site a été créé dans le cadre de l'initiative d'éducation des médecins de la stratégie de l'Ontario pour la maladie d'Alzheimer et les démences connexes. Ce programme d'éducation polyvalent a été mis en place pour informer et promouvoir le changement des pratiques en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les

démences connexes. Les utilisateurs inscrits auront accès aux outils cliniques, au matériel éducatif et aux ressources d'enseignement du site. Le site Web contient des modules d'apprentissage interactif reposant sur des études de cas, des lignes directrices de pratique clinique, diverses ressources éducatives et des informations sur les ressources communautaires. Jetez-y un coup d'œil... tenez-vous au courant!

Une ressource utile pour vos patients



Ce guide complet, revu et corrigé, de 12 chapitres fournit des renseignements sur les questions souvent posées à propos de la maladie d'Alzheimer du début à la fin. Les sujets comprennent : la maladie, les médicaments et la recherche, la compréhension

du système, la vie quotidienne, les démarches administratives et la planification, avec un chapitre sur le thème « quand la vie à domicile n'est pas possible ». **Pour plus de renseignements, appelez la Société Alzheimer d'Ottawa au 523-4004**
(Disponible en anglais seulement)

Les trois principales raisons d'orienter votre patient vers Premier lien



1. Soutien aux aidants
2. Éducation sur la démence
3. Renseignements sur les services communautaires

Les médecins locaux ont orienté plus de 200 patients vers Premier Lien, une initiative de soutien et d'éducation pour les personnes touchées par la démence et leurs familles. Premier Lien est un programme de la Société Alzheimer d'Ottawa mis en œuvre en collaboration avec le Réseau de la démence d'Ottawa. Quand vous orientez un patient vers Premier Lien, il reçoit : un appel téléphonique personnel de la Société Alzheimer, une trousse d'information sur la maladie d'Alzheimer et la démence, des conseils et des renseignements sur les ressources communautaires et les questions liées aux soins.

Le Dr Ian Richardson, un médecin de famille d'Ottawa, témoigne : « Les patients qui ont établi la connexion avec Premier Lien en savent en général davantage sur la maladie et l'aide disponible, et se sentent plus en sécurité car ils savent qui appeler en cas de besoin. »

Pour plus de renseignements :
www.alzheimerottawa.org/first_link
ou composez le 523-4004
pour obtenir votre trousse d'orientation
Premier Lien

MERCI

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

 NOVARTIS

 JANSSEN-ORTHO Inc.

 pfizer



The
Dementia Network
of Ottawa

Réseau de la démence
d'Ottawa

RÉSEAU DE LA DÉMENCE D'OTTAWA
BULLETIN SUR LA DÉMENCE *destiné aux MÉDECINS*

SONDAGE D'ÉVALUATION

Le bulletin sur la démence *destiné aux* médecins a paru pour la première fois durant l'hiver 2001. Il est maintenant publié trois fois par an et ce numéro est la neuvième livraison. Les articles, rédigés par des professionnels de la santé à l'intention des médecins, ont pour but de :

- communiquer des informations sur les soins cliniques, l'éducation et la recherche
- soutenir les médecins de famille par des informations à jour sur l'évaluation, le traitement et les stratégies de gestion de la maladie

Nous vous demandons de nous aider à évaluer ce bulletin en répondant aux questions ci-dessous.

1. Lisez-vous ce bulletin?

- jamais
 en diagonale
 seulement les articles qui attirent mon attention
 intégralement
 intégralement et je le garde pour référence future

2. Quelle utilité a-t-il pour vous?

- restreinte
 moyenne
 grande
 très grande
 considérable

3. Avez-vous des suggestions pour l'améliorer? (sujets)

4. Nous pouvons faire des économies substantielles en envoyant la version électronique. Si c'est possible, veuillez nous communiquer votre adresse courriel.

5. Le Réseau de la démence d'Ottawa offre un programme d'information en petit groupe à l'intention des médecins. Environ 200 omnipraticiens ont suivi ce programme et lui ont attribué une très bonne évaluation. Il s'agit d'une session de petit-déjeuner ou déjeuner-apprentissage de 30 à 60 minutes dans votre cabinet (repas fourni) avec examen d'un cartable constitué de modules portant sur des approches pratiques pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la démence ainsi que la procédure d'évaluation pour l'aptitude à la conduite automobile. Les médecins qui animent ces sessions sont les Dr Byszewski, Carrier, Dalziel, Guzmán, Loy-English, Mendis et Power. Si vous souhaitez organiser une session, veuillez nous donner les renseignements suivants :

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Ou personne à contacter _____

Veuillez renvoyer ce formulaire par télécopie à : Société Alzheimer d'Ottawa
Numéro de télécopie : 523-8522

Merci d'avoir pris le temps de remplir ce sondage d'évaluation.

NOUVELLES! NOUVELLES! NOUVELLES!

LE PROGRAMME D'ÉDUCATION SUR LA DÉMENCE DESTINÉ AUX MÉDECINS DE FAMILLE répond maintenant aux critères du Collège des médecins de famille du Canada et donne droit à des crédits Mainpro-C. Si des participants décident de ne pas participer à un exercice de réflexion, il peuvent tout de même réclamer les crédits Mainpro-M1 (un crédit par heure).

**POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR CE PROGRAMME, VEUILLEZ
CONTACTER LA SOCIÉTÉ ALZHEIMER au 523-4004**