

DESTINÉ AUX MÉDECINS

Vol. 8, No. 1

Automne 2009

BULLETIN SUR LA
DÉMENCE

Une publication du Réseau de la démence de la région de Champlain

Dans ce numéro...

- Les comportements vocaux perturbateurs
- L'évaluation de la démence en cabinet : guide de planification et de facturation à l'intention des médecins de famille

Ont contribué...

Dr. Louise Carrier, MD

Louise Carrier, M.D.
FRCP(C), Services communautaires de gérontopsychiatrie d'Ottawa

Dr. Leslie Anne Bailliu,

B.Sc. (physiothérapie),
CCMF (formation continue)
Directrice médicale, Unité de réadaptation gériatrique
Hôpital Élisabeth-Bruyère
Soins continus Bruyère

Dr. W.B. Dalziel, MD

FRCP(C), Chef, Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario, Hôpital d'Ottawa,
Professeur agrégé,
Faculté de médecine
Université d'Ottawa

Disponible en français

French translation courtesy of /
Traduction en français
gracieuseté de :



For More Info...

Elsina Agyemang
Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew
1750, chemin Russell, bureau 1742
Ottawa (Ontario) K1G 5Z6
Téléphone : 613-523-4004, poste 31
Courriel : eagyemang@asorc.org

Les comportements vocaux perturbateurs

Louise Carrier, M.D., FRCP(C) Services communautaires de gérontopsychiatrie d'Ottawa

Une infirmière du centre d'hébergement de votre région vous appelle pour vous supplier d'intervenir auprès de Mme Unetelle. Celle-ci passe le plus clair de son temps à massacrer des airs d'opéra ou à appeler à l'aide. Résultat : les autres résidents deviennent agités, à tel point qu'une fin de semaine, M. Untel l'a giflée pour la faire taire. Quelle conduite adopter? Les comportements vocaux perturbateurs sont malheureusement courants chez les personnes présentant une démence modérée ou grave, soit 10 à 40 % des résidents de centres d'hébergement. Ces comportements sont problématiques et difficiles à prendre en charge.

Les comportements vocaux perturbateurs peuvent prendre diverses formes, allant des cris, des vociférations et des hurlements jusqu'à l'agression verbale, aux menaces, aux blasphèmes et au langage abusif, en passant par la répétition d'expressions ou de bruits et les propos incohérents. De tels comportements peuvent avoir un but ou non; ils peuvent être sporadiques ou constants. Ils dérangent les autres patients et les soignants; leurs auteurs sont donc évités ou deviennent la cible de ripostes. À l'instar des autres comportements, ils visent à communiquer. Le défi consiste à décoder le message : besoins non comblés (comme la faim, la soif, la douleur ou l'inconfort), besoin d'interagir et de communiquer avec un autre être humain, stimulation excessive ou insuffisante, réaction à une hallucination auditive ou besoin de stimulation chez un patient victime de privation sensorielle. Ainsi, la solution au problème réside dans la compréhension du message. La conjugaison de divers types d'interventions par une équipe multidisciplinaire s'impose. Une observation attentive (cartographie des comportements) devrait permettre de repérer les facteurs qui déclenchent des comportements perturbateurs. Une évaluation médicale comprenant des analyses de laboratoire très précises permettra de découvrir toute cause biologique ou psychiatrique et une personnalité prémorbide; de plus, les antécédents d'autonomie fonctionnelle peuvent être révélateurs. Le traitement ne pourra être mis en route qu'après une évaluation exhaustive et l'élaboration d'une hypothèse de travail.

Quand aucune cause précise n'est trouvée, le traitement est presque toujours empirique. Les aspects biologique, psychologique et social doivent être pris en compte dans le plan de traitement. On diagnostique et traite souvent mal la douleur chez les patients vivant avec une démence; c'est pourquoi un traitement analgésique empirique peut être envisagé. Les psychotropes, quant à eux, ne sont malheureusement efficaces que dans 44 % des cas. On recourt également à des antidépresseurs comme le citalopram, la paroxétine et la trazodone, car l'impulsivité pourrait être due à un faible taux de sérotonine. Dans certains cas, les antipsychotiques atypiques comme la rispéridone et l'olanzapine s'avèrent utiles. D'autres médicaments (benzodiazépines, stabilisateurs de l'humeur, psychostimulants, inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et mémantine) sont également utilisés, mais on dispose de peu de données sur leur efficacité. La sismothérapie peut parfois être envisagée chez les patients réfractaires au traitement médicamenteux. Rappelons que la pharmacothérapie seule est relativement inefficace.



Les comportements vocaux perturbateurs

(suite de la page 1)

L'intervention psychosociale est essentielle. Voir les comportements vocaux perturbateurs comme un effort de communication d'un patient en déclin cognitif est le premier pas à franchir. Il s'ensuit une attitude plus positive face au problème et au patient. Attitudes de savoir-être à privilégier : miser sur le bon sens, améliorer la communication, rester calme, agir sans se presser ni exiger quoi que ce soit, toucher les patients ou créer une diversion. Certaines interventions touchent les soins et l'environnement : on peut encourager les patients à participer à des activités comme l'exercice, la musique, la stimulation sensorielle et les tâches. Les bains du soir peuvent avoir un effet calmant. Comme mesure de renforcement, on peut choisir de fermer les yeux sur le comportement perturbateur. On peut proposer des récompenses, comme des aliments, des contacts avec des animaux, des enfants ou encore des membres de la famille ou du personnel. Enfin, il y a des interventions indirectes, qui sont centrées sur les besoins des soignants. Il importe de renseigner le personnel infirmier et de lui offrir le soutien moral nécessaire pour l'aider à analyser ses propres réactions émotives et à se rappeler que les comportements des patients ne doivent pas être vus comme des attaques personnelles. Un bon leadership, allié à la supervision du plan de traitement, est primordial. Les comportements perturbateurs sont des problèmes véritablement difficiles à surmonter, mais les petites réussites peuvent être très satisfaisantes. Le traitement repose sur divers types d'interventions d'une équipe multidisciplinaire. Essentiellement, il vise à atténuer le comportement en cause et la souffrance du patient.



L'évaluation de la démence en cabinet : guide de planification et de facturation à l'intention des médecins de famille

Dre Leslie Anne Bailliu, B.Sc. (physiothérapie), CCMF (formation continue), Directrice médicale, Unité de réadaptation gériatrique, Hôpital Élisabeth-Bruyère, Soins continus Bruyère
Dr W.B. Dalziel, FRCP(C), Chef, Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario, Hôpital d'Ottawa, Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

L'évaluation appropriée de la démence peut se révéler complexe et chronophage en contexte de rémunération à l'acte. Heureusement, pour faciliter le processus, on peut fragmenter l'évaluation en visites multiples, plus courtes, plus ciblées et plus faciles à facturer.



La première « visite » relève généralement de l'un des trois scénarios suivants :

- 1- Dépistage chez une personne âgée asymptomatique mais exposée à un risque élevé
- 2- Évaluation de « pertes de mémoire » (habituellement signalées par la famille du patient)
- 3- Observation par vous-même ou votre personnel d'un signe précurseur (négligence de soi, inobservance, « confusion », manque de précision, etc."confusion", vagueness etc).

Première visite

<p>1) 1er scénario - Dépistage (risque élevé compte tenu de l'âge ou de l'état vasculaire du patient)</p>	<p>Vérification rapide de la mémoire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappel de trois mots ou 1/3 • Animaux nommés en 1 minute (moins de 15) • Dessin de l'horloge 	<p>A007 (31,95 \$) Ou dans le cadre d'un examen annuel A003 (61 \$)</p>
<p>2) 2e scénario - Problèmes de mémoire soulevés par la famille ou le patient (écarter la dépression) Ou 3e scénario : signes précurseurs</p>	<p>Revue des signes ABC avec le patient et l'aidant</p> <p>Activités de la vie courante Changements behavioraux Changements cognitifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examen physique, analyses de laboratoire et tomodensitométrie crânienne (s'il y a lieu) 	<p>A003 (61 \$)</p>



Première visite

Autres scénarios possibles, selon les circonstances :

3) K002**	Entretien avec des membres de la famille du patient pour faire l'anamnèse et décider à sa place du traitement à suivre parce qu'il ne le peut lui-même, sa santé ne le lui permettant pas ou à cause de son inaptitude	51,70 \$ par unité
4) K005	1° Soins psychiatriques (doivent être plus centrés sur le comportement ou les symptômes neuropsychiatriques)	51,70 \$ par unité

Deuxième visite : l'évaluation neurocognitive

Si l'on réalise le mini-examen de l'état mental (MMSE) de Folstein et d'autres tests cognitifs, il est possible d'utiliser le code A007 pour la facturation. Cependant, il est recommandé d'utiliser le code K032*** (minimum de 20 minutes : test permettant d'évaluer la mémoire, l'attention, le langage, l'orientation visuospatiale et la fonction exécutive). On suggère de réaliser le test MoCA (Montreal Cognitive Assessment, accessible sur www.mocatest.org), le test des animaux nommés et le test des tracés (parties A et B) (utile dans le cas des patients qui conduisent). Si on évalue un autre problème au cours de la même visite, un autre code peut être ajouté à la facture (ex. : A007).

Troisième visite : Annonce du diagnostic/rencontre de la famille

K013**	Séance de consultation (information, discussion sur le diagnostic, pronostic, traitement, conduite automobile, sécurité, etc.) (3 unités/année, après quoi il faut utiliser le code K033*** pour facturer) 31,95 \$/unité	51,70 \$ par unité
---------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

Visite de suivi

Si on prescrit au patient un inhibiteur de la cholinestérase ou de la mémantine, prévoir une visite de suivi au bout de 3 mois pour déterminer les bienfaits du traitement; les codes K032 (non assujéti à une limite) et A007 peuvent être utilisés, selon le cas.

K035*** Rapport sur l'aptitude à conduire, à transmettre au ministère des Transports	34,85 \$
K070*** Orientation du patient vers un CASC (centre d'accès aux soins communautaires)	25,65 \$
K071 Supervision de courte durée en CASC (conseil au personnel du CASC); maximum : 1 fois/semaine pendant 8 semaines; suivi de l'admission au CASC	17,75 \$
K072 chronic CCAC supervision (maximum 2/month starting week 9 post admission to CCAC)	17,75 \$
K038 Formulaire de demande de soins de longue durée	41 \$

* Unité = Une demi-heure ou au moins 20 minutes

** Doit être planifié

*** Services non offerts par les équipes de santé familiale (FHT), les organisations de santé familiale (FHO) et les réseaux de santé familiale (FHN) = remboursé en totalité, même pour les patients inscrits





Premier lien^{MC}

Votre partenaire dans le soutien aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres types de démence.

Le programme Premier lien^{MC}, à l'origine un projet pilote de la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew (2002), est aujourd'hui offert dans 25 sections de la Société Alzheimer en Ontario. Les Lignes directrices de la Conférence canadienne de consensus sur le diagnostic et le traitement de la démence (Hogan et al., 2007), rédigées par 45 experts du domaine médical, recommandent que les professionnels de la santé de première ligne se servent du programme Premier lien^{MC} pour fournir du soutien aux personnes atteintes de démence et à leur famille.

Inscrire un patient au programme Premier lien^{MC} vous fera économiser du temps et de l'énergie.

C'est tout simple : envoyez-nous le formulaire d'adhésion par télécopieur, et nous nous occuperons du reste!

Your patients will then receive:

- un appel téléphonique leur offrant de l'information et du soutien;
- une trousse d'information sur la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence;
- la possibilité de s'inscrire à une série progressive de séances d'éducation;
- de l'information sur les différents services offerts dans leur communauté;
- un suivi continu tout au long de leur maladie.

Une fois le Premier lien^{MC} établi, vous pourrez constater que vos patients et leur famille sont mieux informés et mieux préparés à faire face à la maladie.

Pour obtenir le formulaire de demande d'adhésion au programme Premier lien^{MC}, écrivez à : krobinson@asorc.org

Pour obtenir plus d'information, consultez le site Internet www.alzheimer-ottawa-rc.org

ou téléphonez au 613-523-4004

Saviez-vous que...



Vous pouvez télécharger tous les numéros antérieurs du Bulletin sur la démence destiné aux médecins sur le site Internet du Réseau de la démence de la région de Champlain à www.champlaindementianetwork.org

**WE NEED YOUR HELP TO ENSURE THIS NEWSLETTER MEETS YOUR NEEDS.
PLEASE PROVIDE YOUR FEEDBACK.**

Avez-vous apprécié l'information présentée dans ce numéro?

Oui

Non

Préféreriez-vous que ce bulletin soit envoyé :

Par télécopieur

Par courrier électronique

Par la poste (Postes Canada)

Veuillez retourner votre réponse par télécopieur, au 613-523-8522.

MERCI!

Le Réseau de la démence de la région de Champlain tient à remercier Janssen-Ortho, Lundbeck, Novartis et Pfizer de leur soutien dans la publication de ce numéro du Bulletin sur la démence destiné aux médecins.





RÉSEAU DE LA DÉMENCE DE LA RÉGION DE CHAMPLAIN

PROGRAMME D'ÉDUCATION SUR LA DÉMENCE destiné aux MÉDECINS DE FAMILLE

Ce programme répond aux critères d'agrément du Collège des médecins de famille du Canada et a été agréé pour les crédits Mainpro-M1 et jusqu'à 1,0 crédit Mainpro-C.

Planification des séances : Les séances, adaptées aux besoins des participants, sont individuelles ou collectives; elles durent de 40 à 60 minutes. Un formateur peut s'adresser sur votre lieu de travail à un groupe de 4 à 6 participants dans le cadre d'un déjeuner-causerie ou d'un dîner-causerie.

Médecins formateurs :

Dre Anna Byszewski, Dr Bill Dalziel, Dre Barbara Power, Dre Inge Loy-English, Dr Andrew Frank et Dre Louise Carrier

Veillez indiquer (en classant de 1 à 4) les domaines d'intérêt pour votre séance.

1. _____ Dépistage précoce du déficit cognitif
2. _____ Distinction entre déficit cognitif léger, vieillissement normal et démence
3. _____ Méthode pratique d'évaluation de la démence en cabinet, en 3 à 5 consultations (trousse d'information sur la démence)
4. _____ Diagnostic des démences plus rares : démence à corps de Lewy, démence frontotemporale
5. _____ Approach to Vascular Dementia, Mixed Alzheimer's/Vascular Dementia and treatment of "risk factors"
6. _____ Notions de base pour l'instauration d'un traitement par un inhibiteur de la cholinestérase
7. _____ Surveillance de la réponse aux inhibiteurs de la cholinestérase
8. _____ Changements de stratégie : pour les patients qui ne tolèrent pas le premier inhibiteur de la cholinestérase ou qui n'y répondent pas
9. _____ Évaluation de l'aptitude à conduire (trousse d'information sur la conduite automobile et la démence)
10. _____ Comportements et symptômes psychologiques propres à la démence
11. _____ Annonce du diagnostic
12. _____ Severe dementia
13. _____ Autre

PLANIFICATION ET PRISE DE CONTACT

Planification des séances : Entretien individuel Petit groupe

Heure privilégiée pour le début de l'activité (veuillez indiquer 2 ou 3 jours de la semaine ou dates, y compris l'heure)

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Courriel : _____

Veillez envoyer ce formulaire par télécopieur à la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew, au 613-523-8522.