



### Dans ce numéro ...

- **Comment prévenir la démence**  
- Dr Andrew Wiens
- **Quel est le traitement de première intention de l'agitation non agressive associée à la démence de type Alzheimer**  
- Kate MacKeracher
- **Présentation de l'Ontario Dementia Network**
- **Autres ressources à l'intention des médecins de famille**

### Comité de rédaction:

Dr Andrew R. Frank (Ottawa)  
Dr Bill Dalziel (Ottawa)  
D<sup>re</sup> Andrea Moser (Muskoka)  
D<sup>re</sup> Joanne Clark (Sudbury)  
D<sup>re</sup> Lisa Van Bussel (London)  
D<sup>re</sup> Patricia LePage (Thunder Bay)

### Rédacteur en chef

Dr Andrew R. Frank, M.D.  
B.Sc.H. F.R.C.P.(C), neurologue, troubles cognitifs et comportementaux, clinique des troubles de la mémoire, Hôpital Élisabeth-Bruyère, Ottawa, Ontario

### Coprésidents de Réseau de la démence de l'Ontario

Dr Bill Dalziel, M.D.  
Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario, Hôpital d'Ottawa, Professeur agrégé, Faculté de médecine, Université d'Ottawa

M<sup>me</sup> Kathy Wright  
Directrice générale  
Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew

### Pour plus d'information

Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew  
Téléphone : 613-523-4004  
Télécopieur : 613-523-8522  
Courriel : info@asorc.org

## Comment Prévenir la Démence



Dr Andrew Wiens MD FRCPC, Directeur du programme Outreach to Long Term Care Homes (Ottawa). Programme de psychiatrie gériatrique, Université d'Ottawa

### Point saillant :

L'exercice physique régulier et une alimentation saine aident à prévenir la maladie d'Alzheimer.

Les espoirs étaient particulièrement élevés lorsque les NIH (*National Institutes of Health*) des États-Unis ont invité des experts à passer en revue les données existantes sur la prévention de la maladie d'Alzheimer et de la démence. Ces espoirs ont cependant été démolis face à la conclusion publiée en avril 2010 : aucune preuve de qualité même modérément scientifique n'a pu être mise au jour.

Alors, que faire maintenant? Abandonner? Non, nous devons faire ce que les médecins savent faire le mieux : rechercher des moyens de réduire la souffrance, comme ceux énumérés dans le rapport « *Preventing Alzheimer's disease and Cognitive Decline* » (offert gratuitement au : [www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/alzheimers/alzco.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/alzheimers/alzco.pdf)). Comme ce rapport est particulièrement volumineux (727 pages), nous vous en présentons un résumé.

Suite en page 2

## WEBINAIRE À L'INTENTION DES MÉDECINS DE FAMILLE

Alzheimer Knowledge Exchange *Online Event*

Linking People, Resources & Ideas

**Thèmes abordés :** 1) Comment prévenir la démence

**Animateur :** Dr Andrew Wiens, FRCP(C), Programme de psychiatrie gériatrique, Université d'Ottawa

**Inscrivez-vous sans tarder!**

**Date/Heure :** Jeudi, 9 juin, 2011 de 12 h à 13 h

Remplissez le formulaire d'inscription en ligne au <http://www.surveymonkey.com/s/7P2V8PF>

### Exigences techniques :

**Aspect visuel** – L'exposé sera accessible au moyen d'une connexion Internet (à partir d'un portable ou d'un ordinateur de bureau reliés à Internet).

**Aspect audio** – La transmission audio se fera par téléphone, grâce à un numéro sans frais.

Vous recevrez un courriel de confirmation de 24 à 48 heures avant la séance. Merci et au plaisir de vous compter parmi les participants!

Il existe deux types de facteurs de risque : les facteurs de risque modifiables et les facteurs de risque non modifiables. L'âge et les gènes ne sont pas modifiables, alors je n'en parlerai pas ici.

Qu'en est-il des facteurs de risque modifiables? Il est intéressant de noter que le fait d'éviter les mauvaises habitudes ou d'adopter de bonnes habitudes de vie réduit de deux fois le risque dans chaque cas.

### 1. Facteurs de risque modifiables par médecin :

- Éviter les œstrogènes en association avec la progestérone
- Éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens
- Surveiller la tension artérielle
- Surveiller le taux de cholestérol

Pour ce qui est des deux premiers points, il vaut mieux ne pas y toucher à moins d'avoir une bonne raison de le faire; il n'est pas toujours souhaitable de les éliminer. Mais si un patient ne les prend pas déjà, envisagez des solutions de rechange. Malheureusement, l'hypertension et l'hypercholestérolémie sont plutôt des marqueurs de risque de maladie d'Alzheimer que des facteurs qui permettent de réduire le risque s'ils sont traités. Cependant, il y a d'autres bonnes raisons de traiter l'hypertension et l'hypercholestérolémie.

### 2. Tous les autres facteurs de risque modifiables : c.-à-d. « Écoutez les conseils de votre mère... elle s'y connaît en médecine fondée sur les faits! »

- « **Restez à l'école!** »... pendant plus de 15 ans!
- « **Utilisez votre cerveau!** » : Lisez, écrivez, faites des casse-tête, jouez aux cartes ou à des jeux de société, participez à des discussions de groupe, jouez de la musique et APPRENEZ : comme vous le faites en ce moment!
- « **Allez jouer dehors!** » : Pratiquez une activité vigoureuse 1 ou 2 fois par semaine : marche, randonnée, vélo, natation, jardinage, danse... Cela a un effet favorable à tous les âges étudiés.
- « **Ne vous roulez pas dans l'herbe!** » : On a associé les pesticides à une augmentation du risque.
- « **Portez un casque!** » : Protégez votre tête lorsque vous pratiquez des activités comportant un risque de commotion cérébrale.
- « **Choisissez mieux vos aliments** » : Le régime méditerranéen est l'un des rares régimes associés à une réduction du risque. Visitez [www.oldwayspt.org](http://www.oldwayspt.org) pour obtenir plus d'information.
- « **Ne mangez pas de cochonneries!** » : Gros tour de taille = plus petit cerveau. Évitez la malbouffe.
- « **Écrasez cette cigarette!** » : Rien à ajouter!
- « **Allez jouer avec vos amis!** » : Ayez une vie sociale riche – passez du temps avec vos amis et votre famille, allez au cinéma, soyez membre d'un club ou d'un centre, allez à l'église / la synagogue / la mosquée, etc.
- « **Trouvez une gentille fille / un bon garçon et mariez-vous!** » : Une relation de couple intime est favorable, surtout pour les hommes.
- « **Ne vous en faites pas. Souriez!** » : La dépression augmente le risque d'Alzheimer.

Et quelque chose que votre mère ne vous a probablement pas dit quand vous étiez petit :

- « **J'adore cuisiner avec du vin... parfois, j'en mets même dans la nourriture!** » Le vin semble avoir un effet protecteur, jusqu'à 500 mL par jour. Je ne recommanderais pas de boire autant à une personne qui ne boit pas, mais j'essaierais certainement de convaincre une personne qui boit davantage de réduire sa consommation pour atteindre cette quantité.

Voici donc pour le moment l'état des choses en matière de prévention. Un bon nombre de ces recommandations ont également un effet protecteur pour le cœur. Elles font aussi de bonnes résolutions du Jour de l'an!

# Quel est le traitement de première intention de l'agitation non agressive associée à la démence de type Alzheimer?



**Kate MacKeracher, étudiante en médecine, Schulich School of Medicine and Dentistry, Université Western Ontario**

Les symptômes comportementaux et psychologiques, notamment les troubles de l'humeur, la psychose, l'agressivité et l'agitation, posent un défi de taille dans le traitement de la démence de type Alzheimer (DTA). Durant les cinq premières années, 90 % des personnes atteintes de démence présentent au moins l'un de ces symptômes, dont 85 % seront d'importance clinique et auront des répercussions sérieuses sur la qualité de vie du patient, le stress de l'aidant, le recours aux soins de longue durée et les admissions à l'hôpital<sup>1</sup>. Comme l'agitation non agressive est l'un des symptômes les plus courants et les plus perturbants de la DTA<sup>1</sup>, les médecins qui traitent des patients souffrant de DTA devraient adopter une démarche fondée sur les faits pour traiter ce symptôme.

## La démarche fondée sur les faits

### **1) Écarter les factures (type de preuves : consensus d'experts)**

L'agitation peut survenir lorsque les patients atteints de DTA sont incapables d'exprimer de façon articulée un malaise (p. ex., douleur, constipation, déshydratation), ou en contexte de délirium (pouvant être lié à une infection, à un médicament ou à un trouble métabolique)<sup>1,2,3</sup>. En plus d'effectuer un examen physique soigneux et une revue des médicaments administrés, le clinicien devrait envisager de réaliser une analyse d'urine, une formule sanguine, un bilan électrolytique, un dosage du calcium et une mesure de la glycémie afin d'identifier tout facteur précipitant d'ordremédical facilement corrigible<sup>2</sup>.

### **2) Thérapies psychosociales (types de preuves: revue systématique d'essais comparatifs avec répartition aléatoire)**

Lors d'une revue systématique récente, on s'est penché sur les preuves actuelles associées à l'effet des interventions psychosociales sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, notamment l'agitation<sup>4</sup>. On a relevé des données probantes démontrant les bienfaits durables des techniques de prise en charge comportementales individualisées, ainsi que des programmes éducatifs particuliers à l'intention des aidants et du personnel prodiguant les soins de longue durée, visant à approfondir leurs connaissances sur la démence et à améliorer leurs aptitudes pour la communication<sup>4</sup>. Un certain nombre d'essais comparatifs avec répartition aléatoire portant sur la thérapie par reminiscence et la thérapie par validation ont été réalisés, mais les résultats ont été équivoques en ce qui concerne l'agitation<sup>4</sup>.

### **3) Traitements complémentaires (type de preuves: revue systématique d'essais comparatifs avec répartition aléatoire)**

Les rapports de plusieurs essais comparatifs avec répartition aléatoire portant sur la musicothérapie signalent une diminution de l'agitation durant le traitement, bien qu'on ait conclu à l'issue d'une revue de la base de données Cochrane que des failles méthodologiques ont limité la validité de ces résultats<sup>5</sup>. Une revue Cochrane des données sur l'aromathérapie dans la démence met en lumière des bienfaits statistiquement significatifs au chapitre de l'agitation lors d'un essai comparatif avec placebo et répartition aléatoire sur l'usage d'une crème pour les mains à base de mélisse officinale (mélisse citronnelle)<sup>6</sup>.

### **4) Pharmacothérapie (type de preuves: revue systématique et méta-analyse d'essais comparatifs avec répartition aléatoire; consensus d'experts)**

Il est habituel de prescrire des antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence<sup>1</sup>. Une revue systématique récente a permis de conclure que les antipsychotiques atypiques entraînent des bienfaits statistiquement significatifs dans le traitement à court terme de l'agitation<sup>7</sup>. Une autre a conclu que la fiabilité de ces résultats était limitée en raison de problèmes au chapitre de la méthodologie des essais comparatifs avec répartition aléatoire<sup>8</sup>. Les antipsychotiques atypiques peuvent avoir des effets indésirables importants chez les patients plus âgés atteints de démence. Des données colligées provenant d'essais comparatifs avec placebo et répartition aléatoire ont révélé une augmentation du risque de détérioration des facultés cognitives, d'accidents vasculaires cérébraux et de mortalité, en plus des manifestations indésirables habituelles telles une somnolence accrue et les symptômes extrapyramidaux<sup>9,10</sup>. Des études visant à évaluer l'efficacité des antidépresseurs et des inhibiteurs de la cholinestérase dans le traitement de l'agitation sont en cours<sup>1</sup>.

## Conclusions

Actuellement, le traitement de première intention de l'agitation non agressive associée à la DTA est non médicamenteux. Les cliniciens devraient commencer par traiter tout trouble médical sous-jacent, puis se concentrer sur des interventions psychosociales, notamment les techniques comportementales ciblées et l'éducation des aidants. On peut également avoir recours à des thérapies complémentaires. Si l'agitation est réfractaire à ces démarches et entraîne un stress important chez le patient et les personnes qui l'entourent, l'essai d'un antipsychotique peut être justifié.

Suite en page 4

## Quel est le traitement de première intention de l'agitation non agressive associée à la démence de type Alzheimer? (suite de la page 3)

On doit informer les patients ou les personnes qui doivent prendre les décisions à leur place des risques associés à ce traitement (comme un risque accru d'accident vasculaire cérébral et de mortalité), et le médicament devrait être administré à la dose efficace la plus faible pendant la plus courte durée possible<sup>1,2</sup>.

### Références :

- (1) Ballard CG, Gauthier S, Cummings JL, Brodaty H, Grossberg GT, Robert P, Lyketsos CG. (2008) Management of agitation and aggression associated with Alzheimer disease. *Nat Rev Neurol* 5, 245-55.
- (2) Herrmann N, Gauthier S. (2008) Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *CMAJ* 179(12):1279-87.
- (3) Salzman C, Jeste D, Meyer RE, Cohen-Mansfield J, Cummings J, Grossberg G, Jarvik L, Kraemer H, Lebowitz B, Maslow K, Pollock B, Raskind M, Schultz S, Wang P, Zito JM, Zubenko GS. (2009) Elderly patients with dementia-related symptoms of severe agitation and aggression: Consensus statement on treatment options, clinical trials methodology, and policy. *J Clin Psychiatry* 69(6): 889-98.
- (4) Livingston G, Johnston K, Katona C, Paton J, Lyketsos CG (2005) Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *Am J Psychiatry* 162: 1996-2021.
- (5) Vink AC, Birks J, Bruinsma MS, Scholten RJPM. (2003) Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD003477.
- (6) Thorgrimsen L, Spector A, Wiles A, Orrell M. (2003) Aroma therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 3: CD003150.
- (7) Chahine LM, Acar D, Chemali Z. (2010) The elderly safety imperative and antipsychotic usage. *Harv Rev Psychiatry* 18(3):158-72.
- (8) Gentile S. Second generation antipsychotics in dementia: Beyond safety concerns. (2010) A clinical, systematic review of efficacy data from randomised controlled trials. *Psychopharmacology* 212:119-29.
- (9) Ballard CG, Waite J, Birks J. (2006) Atypical antipsychotics for aggression and psychosis in Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD003476.
- (10) Schneider LS, Dagerman K, Insel PS. (2006) Efficacy and adverse effects of atypical antipsychotics for dementia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Am J Geriatr Psychiatry* 14(3):191-210.

## L'Ontario Dementia Network



L'Ontario Dementia Network (ODN) est un regroupement d'organismes régionaux préoccupés par la démence qui représente les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé de la province. Son mandat consiste à guider les réseaux régionaux de l'Ontario en vue de l'élaboration d'un système complet et adapté de prestation de services, d'information et de politiques gouvernementales dans le domaine de la démence.

Vos impressions sur tous les aspects de ce bulletin sont les bienvenues. Veuillez faire part de vos commentaires à la Société Alzheimer d'Ottawa et du comté de Renfrew en écrivant à [info@asorc.org](mailto:info@asorc.org) ou en téléphonant au 613-523-4004.

Pour consulter les articles publiés précédemment sur la démence à l'intention des médecins, rendez-vous au : [www.champlainedmentianetwork.org/fr-resources.asp#PHYSICIANS](http://www.champlainedmentianetwork.org/fr-resources.asp#PHYSICIANS)

## Autres ressources à l'intention des médecins de famille

- ◆ **Guide de planification et de facturation à l'intention des médecins de famille (en Ontario)**  
Bulletin sur la démence destiné aux médecins  
Dr Bill Dalziel, Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario  
[www.champlainedmentianetwork.org/fr-resources.asp#PHYSICIANS](http://www.champlainedmentianetwork.org/fr-resources.asp#PHYSICIANS) - cliquez sur Bulletin sur la démence destiné aux médecins Vol. 1, n° 1, Automne 2010, pages 1-2.
- ◆ **Vidéo sur la conduite automobile et la démence (15 minutes) - en Anglais seulement**  
Dr Frank Molnar, Chef, Programme régional d'évaluation gériatrique de l'Est de l'Ontario  
[www.akeresourcecentre.org](http://www.akeresourcecentre.org) - cliquez sur *Driving and Dementia e-module*, à droite de l'écran.



Cette initiative a été rendue possible grâce à une subvention à visée éducative de Pfizer Canada inc.