



Rôles des médecins de famille dans les soins liés à la démence

Ainsley Moore MD MSc CCFP Christopher Frank MD CCFP(COE) FCFP Larry W. Chambers PhD FACE FFPH(UK) FCAHS

La démence est un problème neurodégénératif qui affecte simultanément de nombreux aspects de la vie. Elle est souvent associée à des complexités médicales et sociales pour les personnes qui en sont atteintes, et elle prend de plus en plus d'ampleur avec le vieillissement de la population¹.

Au Canada, les soins liés à la démence se caractérisent par une fragmentation entre les secteurs², le nombre insuffisant des spécialistes qui soignent les personnes atteintes de démence^{3,4} et l'absence d'une stratégie nationale en matière de démence. Ces difficultés engendrent en partie des retards dans le diagnostic et la prise en charge active³, de même qu'une incertitude quant aux rôles cliniques; cette incertitude contribue aux pressions déjà considérables que subissent les personnes, les familles, les cliniciens, le système de santé et la société.

Comme les médecins de famille sont généralement le premier point de contact des patients avec le système de santé, ils sont bien placés pour dispenser des soins aux personnes atteintes de démence, des premiers aux derniers stades de la maladie. Ils ont une compréhension approfondie et de longue date des situations médicales, sociales et psychologiques de ces patients et de leur famille. Il s'est dégagé depuis longtemps au Canada un consensus voulant que la détection, le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de démence relèvent principalement de la responsabilité des professionnels des soins primaires, en particulier des médecins de famille^{5,6}. Les médecins de famille ont contribué à l'élaboration, à la direction et à la mise en œuvre de modèles de soins au Canada qui répondent aux adultes âgés fragiles, notamment les personnes atteintes de démence⁷⁻⁹.

Cet article, que nous avons rédigé en collaboration avec le Comité de programme sur les soins aux personnes âgées du Collège des médecins de famille du Canada, décrit les rôles des médecins de famille dans les principaux aspects des soins liés à la démence, de sa prévention à sa prise en charge après le diagnostic. Dans l'**Encadré 1**^{7,10,11}, nous offrons aussi des suggestions à l'intention des médecins de famille concernant les orientations futures dans les soins liés à la démence.

Définition des rôles

Au nombre des principaux aspects des soins liés à la démence figurent la prévention, le processus diagnostique (y compris le diagnostic en temps opportun, l'établissement du stade, la différenciation des sous-types de la démence), la communication du diagnostic au patient et la prise en charge après le diagnostic.

Les médecins de famille devraient être impliqués dans tous ces aspects. Les personnes atteintes de démence, ainsi que leur famille et leurs aidants, devraient s'attendre de leur médecin de famille qu'il exécute les fonctions qui suivent.

Contribuer à la prévention de la démence. Les médecins de famille peuvent influencer les taux de démence en travaillant avec les patients de manière à réduire les facteurs de risque^{12,13}. La démence n'est pas une conséquence inévitable du vieillissement. La réduction ou la cessation du tabagisme et de la consommation d'alcool, la prise en charge de l'hypertension, du diabète, de l'obésité, de la dépression et de la perte auditive, de même que le maintien de la participation sociale et l'augmentation de l'activité physique sont tous des facteurs qui contribuent à la prévention ou au retardement de la démence^{12,13}.

Poser un diagnostic en temps opportun. Les médecins de famille sont les mieux placés pour détecter des changements dans la pensée et le comportement susceptibles d'indiquer une démence, tels que rapportés par la personne ou par un membre de la famille (le mot *famille* désigne tous ceux qui font partie du réseau de soutien du patient), ou par d'autres soignants¹⁴.

Un diagnostic en temps opportun pourrait réduire l'incertitude entourant ce que vit le patient, et aider le

Encadré 1. Orientations futures des soins liés à la démence

Parmi les autres initiatives que devraient prendre les médecins de famille dans les soins liés à la démence figurent les suivantes:

- plaider en faveur d'une stratégie nationale en matière de démence, comme c'est le cas dans les autres pays du G7;
- continuer à élaborer et à diriger des modèles novateurs de prestation des soins primaires aux personnes atteintes de démence⁷;
- explorer les rôles dans les secteurs en évolution de la technologie et des soins liés à la démence, et collaborer avec d'autres médecins et prestataires de services;
- faire en sorte que les cliniques de soins primaires reconnaissent les personnes dont le bien-être pourrait être amélioré (un bien-être accru aide les patients à s'adapter à de nombreuses déficiences et maladies^{10,11});
- continuer à diriger des activités de développement professionnel et à y participer.

G7—Groupe des Sept

patient et sa famille à composer avec des changements déroutants et stressants¹⁶. Ce diagnostic rapide donne du temps pour s'organiser et planifier pour l'avenir, et peut avoir une influence dans la réduction des taux d'institutionnalisation¹⁶.

Selon les recommandations nationales et d'autres sources, les médecins de famille ne devraient pas faire de dépistage de la démence en l'absence de symptômes^{17,18}.

Exclure d'autres problèmes qui pourraient ressembler à la démence. Il faut que les médecins de famille envisagent et excluent d'autres problèmes, comme la dépression, les maladies de la thyroïde, une carence en vitamine B12, des perturbations électrolytiques et des anomalies dans la glycémie. Dans les soins liés à la démence, les médecins de famille doivent aussi déterminer s'il existe des problèmes cérébraux comme des tumeurs ou des pathologies vasculaires¹⁹. Ils doivent aussi reconnaître et évaluer les états confusionnels soudains (delirium) qui sont causés par des problèmes sous-jacents comme une infection, des maladies chroniques mal contrôlées ou les effets secondaires de médicaments.

Déterminer le stade de la démence. On désigne par changements normaux à la mémoire dus à l'âge ou légère déficience cognitive une faible perte de mémoire qui ne nuit pas aux activités ou au fonctionnement habituels⁵. Les médecins de famille sont bien placés pour évaluer si une personne a une perte de mémoire normale due à l'âge, une légère déficience cognitive ou encore une démence au stade précoce, moyen ou avancé, ce qui permet d'envisager le traitement approprié et les options de planification²⁰.

Diagnostiquer le type de démence. Les médecins de famille déterminent la présence et le type de démence. Ils se fient à des outils validés à utiliser en clinique pour évaluer la mémoire, procèdent à un examen physique et s'informent auprès du patient atteint, de même que des membres de la famille et des aidants à propos des changements dans la personnalité, le comportement, la pensée, la solution de problèmes et les capacités langagières. Ils évaluent aussi les aptitudes de la personne à effectuer les tâches de base et les tâches plus complexes nécessaires pour vivre de manière autonome.

Une étude par imagerie du cerveau (tomodensitométrie ou imagerie par résonance magnétique) est recommandée pour certaines personnes atteintes de démence, mais pas pour toutes, puisqu'une évaluation peut souvent être faite sans imagerie, comme l'indiquent les lignes directrices canadiennes⁵.

Communiquer au patient le diagnostic de démence en respectant sa dignité. Une bonne pratique de la médecine familiale repose sur les relations. La connaissance d'une personne dans son intégralité permet aux

médecins de famille d'adopter une approche centrée sur la personne qui respecte l'intégrité de la personne. Le diagnostic de la démence évolue et se précise avec le temps. Lorsque les médecins sont certains du diagnostic, il faut l'annoncer de manière individualisée et franche, avec délicatesse²¹. La communication d'un diagnostic de démence devrait avoir lieu (avec la permission de la personne) dans le cadre d'une discussion regroupant le patient, des membres de la famille et d'autres aidants²¹.

Assurer la prise en charge et des soins intégrés, centrés sur la personne, après le diagnostic. La prise en charge post-diagnostique de la démence comporte diverses facettes de soins, notamment le soutien aux interventions non pharmacologiques et pharmacologiques, l'assurance de l'appui d'un aidant et la participation au développement professionnel continu (**Encadré 1**^{7,10,11}). Dans la prestation de ces aspects des soins, il importe d'adopter une approche centrée sur la personne. Nous présentons ici les nombreuses facettes des soins à fournir dans les cas de démence, et nous décrivons les rôles des médecins de famille pour ce faire.

Plaidoyers: Les médecins de famille défendent fermement les intérêts de leurs patients au sein du système de santé et ailleurs. Ils doivent préconiser pour la personne des stratégies d'inclusion, de rapprochement, de respect et d'attention afin d'atténuer la stigmatisation et la marginalisation.

Pharmacothérapie: Dans de nombreux cas, les médecins de famille offriront de traiter la démence au moyen de médicaments qui améliorent la mémoire. Ces traitements ne changeront pas l'évolution de la maladie, mais ils pourraient améliorer les symptômes pendant un certain temps²². De tels médicaments ne devraient pas être prescrits à des personnes qui ont une légère déficience cognitive, car les préjudices surpassent les bienfaits dans ce cas²².

Continuité et coordination des soins: Les médecins de famille coordonnent les soins dans l'ensemble des secteurs de la santé, des services communautaires et des professions de la santé. Ils envisagent aussi des solutions aux problèmes des personnes et des aidants, qui surviennent aux différents stades et aux diverses transitions, y compris la question des directives préalables^{3,6}. On ne s'attend pas à ce que les médecins de famille fournissent eux-mêmes tous les soins complets liés à la démence^{9,23}; les soins aux personnes atteintes de démence exigent une approche multiprofessionnelle en collaboration, outre le soutien de la communauté et de la famille.

Prise en charge des autres problèmes: Les médecins de famille ont l'expérience voulue pour composer avec de multiples problèmes concomitants et assurer une évaluation continue de l'état de la personne.

Détection et prise en charge des symptômes comportementaux de la démence: Les médecins de famille sont en mesure de détecter et de traiter les

premiers changements dans les comportements, comme l'errance, l'agressivité et la résistance, qui peuvent causer des tensions considérables chez les aidants²⁴.

Fardeau des aidants: S'occuper de personnes atteintes de démence a été associé à des répercussions négatives sur la santé des proches et à l'institutionnalisation précoce en foyer de soins des personnes atteintes de démence²⁴. Les médecins de famille peuvent évaluer la fatigue des aidants et les aiguiller vers divers services pour alléger leur fardeau, améliorer leur qualité de vie et leur permettre d'offrir leurs soins à domicile⁹.

Demandes de consultations spécialisées: Les médecins de famille demandent sélectivement des consultations spécialisées lorsque la démence de la personne affectée progresse rapidement, comporte des caractéristiques inhabituelles ou est d'un type plus complexe (p. ex. maladie à corps de Lewy, démence frontotemporale) ou si la personne est plus jeune (< 65 ans)⁵.

Demandes auprès des services communautaires: Les médecins de famille réfèrent les patients, leur famille et leurs aidants à des organismes de services communautaires, comme la Société Alzheimer du Canada, pour qu'ils obtiennent de l'information, du soutien et de la formation à propos de la démence; des services de relève pour les proches; une évaluation de la sécurité du domicile; la visite amicale de bénévoles; et des stratégies pour réduire les risques de l'errance non sécuritaire (p. ex. inscription à MedicAlert Sécu-Retour)²³.

Évaluation de l'aptitude à conduire: Quoiqu'il puisse être sécuritaire de conduire, pendant un certain temps, pour une personne atteinte de démence, les médecins de famille sont dans l'obligation de tenir compte de la sécurité automobile chez tous ces patients. Il peut s'agir d'une demande de test de conduite sur route²⁵. C'est un aspect pour lequel il peut être avisé de faire appel à un autre médecin pour ne pas nuire au maintien d'une bonne relation avec le patient.

Objectifs des soins: Les médecins de famille ont la possibilité d'amorcer des conversations avec la famille des patients pour en venir à une même compréhension des valeurs et des préférences de ces derniers. Il importe de déterminer l'orientation des soins lorsque les patients sont encore capables de communiquer leurs désirs²⁶.

Évaluation fonctionnelle: Les médecins de famille devraient évaluer ou coordonner l'évaluation des changements dans la capacité du patient d'effectuer les activités de base et instrumentales de la vie quotidienne (y compris la capacité de prendre des décisions concernant les finances, la conduite automobile, les soins de santé et la vie autonome), afin d'intervenir en temps opportun pour soutenir le fonctionnement et limiter les incapacités^{19,27}.

Évaluation de la douleur: La détection et le traitement de la douleur constituent un aspect important des soins aux personnes atteintes de démence; ils se situent dans le champ d'activité de la pratique familiale²⁸.

Conclusion

Les médecins de famille sont des acteurs essentiels dans des soins efficaces liés à la démence au Canada. Nous avons décrit ce à quoi les patients atteints de démence devraient s'attendre de leur médecin de famille, et nous avons présenté leurs rôles dans les principaux aspects des soins liés à la démence. Nous espérons que notre explication des fonctions des médecins de famille dans les soins liés à la démence servira de guide aux cliniciens, aux patients, aux familles et aux aidants, et favorisera une bonne compréhension des rôles et une détermination plus précise des attentes durant les interactions cliniques. 🌿

La **D^{re} Moore** est professeure clinicienne agrégée au Département de médecine familiale de l'Université McMaster à Hamilton (Ontario). Le **D^r Frank** est professeur au Département de médecine de l'Université Queen's à Kingston (Ontario).

Le **D^r Chambers** est professeur émérite en méthodes de recherche, données probantes et impacts à l'Université McMaster, et directeur de la recherche au Campus régional de Niagara de la Faculté de médecine Michael G. DeGroot à l'Université McMaster.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^{re} Ainsley Moore; courriel amoore@mcmaster.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé [site web]. *Global dementia observatory*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2018. Accessible à: www.who.int/mental_health/neurology/dementia/Global_Observatory/en/. Réf. du 13 août 2018.
2. Parmar J, Dobbs B, McKay R, Kirwan C, Cooper T, Marin A et coll. Diagnosis and management of dementia in primary care. Exploratory study. *Can Fam Physician* 2014;60:457-65.
3. Hum S, Cohen C, Persaud M, Lee J, Drummond N, Dalziel W et coll. Role expectations in dementia care among family physicians and specialists. *Can Geriatr J* 2014;17(3):95-102.
4. Reppas-Rindlisbacher CE, Fischer HD, Fung K, Gill SS, Seitz D, Tannenbaum C et coll. Anticholinergic drug burden in persons with dementia taking a cholinesterase inhibitor: the effect of multiple physicians. *J Am Geriatr Soc* 2016;64(3):492-500.
5. Moore A, Patterson C, Lee L, Vedel I, Bergman H. Fourth Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia. Recommendations for family Physicians. *Can Fam Physician* 2014;60:433-8 (ang), e244-50 (fr).
6. Villars H, Oustric S, Andrieu S, Baeyens JP, Bernabei R, Brodaty H et coll. The primary care physician and Alzheimer's disease: an international position paper. *J Nutr Health Aging* 2010;14(2):110-20.
7. Frank C, Wilson RC. Models of primary care for frail patients. *Can Fam Physician* 2015;61:601-6.
8. Moore A, Patterson C, White J, House ST, Riva JJ, Nair K et coll. Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Can Fam Physician* 2012;58:e436-41. Accessible à: www.cfp.ca/content/cfp/58/8/e436.full.pdf. Réf. du 13 août 2018.
9. Lee L, Hillier LM, Stolee P, Heckman G, Gagnon M, McAiney CA et coll. Enhancing dementia care: a primary care-based memory clinic. *J Am Geriatr Soc* 2010;58(11):2197-204. Publ. en ligne du 26 oct. 2010.
10. Jopp D, Rott C, Oswald F. Valuation of life in old and very old age: the role of socio-demographic, social, and health resources for positive adaptation. *Gerontologist* 2008;48(5):646-58.
11. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health and ageing. *Lancet* 2015;385(9968):640-8. Publ. en ligne du 6 nov. 2014.
12. Livingston G, Sommerlad A, Orgetta V, Costafreda S, Huntley J, Ames D et coll. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017;390(10113):2673-734. Publ. en ligne du 20 juill. 2017.
13. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol* 2014;13(8):788-94. Erratum dans: *Lancet Neurol* 2014;13(11):1070.
14. Dubois B, Padovani A, Scheltens P, Rossi A, Dell'Agno G. Timely diagnosis for Alzheimer's disease: a literature review on benefits and challenges. *J Alzheimers Dis* 2016;49(3):617-31.
15. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ* 2015;350:h3029.
16. Pimouget C, Le-Goff M, Rizzuto D, Berr C, Leffondré K, Pérès K et coll. Effect of early referral to specialist in dementia on institutionalization and functional decline: findings from a population-based study. *J Alzheimers Dis* 2016;49(3):819-28.
17. Pottie K, Rahal R, Jaramillo A, Birtwhistle R, Thombs BD, Singh H et coll. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults. *CMAJ* 2016;188(1):37-46. Publ. en ligne du 30 nov. 2015.

18. Chambers LW, Sivanathan S, Brayne C. Is dementia screening of apparently healthy individuals justified? *Adv Prev Med* 2017;2017:9708413. Publ. en ligne du 8 août 2017.
19. Lee L, Weston WW, Heckman G, Gagnon M, Lee FJ, Sloka S. Structured approach to patients with memory difficulty in family practice. *Can Fam Physician* 2013;59:249-54 (ang), e129-34 (fr).
20. Feldman HH, Jacova C, Robillard A, Garcia A, Chow T. Diagnosis and treatment of dementia: 2. Diagnosis. *CMAJ* 2008;178(5):825-36.
21. Aminzadeh F, Byszewski A, Lee L, Molnar FJ. Disclosing a diagnosis of dementia: recommendations for a person-centred approach. *CGS J Contin Med Educ* 2012;2(3):27-31.
22. Herrmann N, Lanctôt KL, Hogan DB. Pharmacological recommendations for the symptomatic treatment of dementia: the Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia 2012. *Alzheimers Res Ther* 2013;5(Suppl 1):S5. Publ. en ligne du 8 juill. 2013.
23. Pleog J, Denton M, Hutchison B, McAiney C, Moore A, Brazil K et coll. Primary care physicians' perspectives on facilitating older patients' access to community support services. Qualitative case study. *Can Fam Physician* 2017;63:e31-42. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/63/1/e31.full.pdf. Réf. du 14 août 2018.
24. Yahya A, Chandra M, Anand KS, Garg J. Behavioral and psychological symptoms in dementia and caregiver burden. *Clin Med Res* 2015;4(2-1):8-14.
25. Lee L, Molnar F. Driving and dementia. Efficient approach to driving safety concerns in family practice. *Can Fam Physician* 2017;63:27-31 (ang), e9-14 (fr).
26. Sinuff T, Dodek P, You JJ, Barwich D, Tayler C, Downar J et coll. Improving end-of-life communication and decision making: the development of a conceptual framework and quality indicators. *J Pain Symptom Manage* 2015;49(6):1070-80. Publ. en ligne du 24 janv. 2015.
27. Institute of Medicine. *Cognitive aging. Progress in understanding and opportunities for action*. Washington, DC: The National Academies Press; 2015.
28. Husebo BS, Achterberg W, Flo E. Identifying and managing pain in people with Alzheimer's disease and other types of dementia: a systematic review. *CNS Drugs* 2016;30(6):481-97.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2018;64:e418-21.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the October 2018 issue on page 717.