

## Les troubles neurocognitifs et *La voie à suivre*

Le 6 avril 2023

En novembre 2022, le ministère de la Santé de l'Ontario a publié *La voie à suivre*, un document visionnaire à plus long terme pour les Équipes Santé Ontario (ESO). Entre autres nouvelles exigences, le document prescrit quatre problèmes de santé chroniques pour lesquels ces équipes devront mettre en œuvre des cheminement de soins intégrés :

1. l'insuffisance cardiaque congestive (ICG);
2. le diabète (priorité : éviter l'amputation);
3. la bronchopneumopathie chronique obstructive (BCO); et
4. l'accident vasculaire cérébral (AVC)

Cette directive a suscité l'inquiétude de certaines ESO qui ont, jusqu'à présent, identifié d'autres populations prioritaires dans leur région. Comme l'une de leurs populations cibles de première année, au moins deux douzaines d'ESO avaient choisi de se concentrer sur les aînés fragiles, les aînés vulnérables et ceux souffrant de comorbidités multiples, ou un groupe similaire. Au moins trois ESO ont spécifiquement souligné que les personnes vivant avec un trouble neurocognitif étaient une priorité pour la première année. Directement ou indirectement, un nombre important d'ESO agréées ont choisi de se concentrer sur les résidents locaux vivant avec un trouble neurocognitif dans le cadre de leurs populations prioritaires initiales — et ces ESO se demandent maintenant si elles seront invitées à changer d'orientation. D'autres ESO qui n'ont pas choisi d'accorder la priorité aux aînés vulnérables au cours de la première année, y compris à ceux vivant avec un trouble neurocognitif, mais qui pourraient souhaiter le faire dans les années à venir se retrouvent également dans l'incertitude : ont-elles la liberté d'identifier leurs propres priorités locales sur la base de données locales? Ou doivent-elles circonscrire leur attention aux populations prescrites par le ministère?

L'objectif de ce document est double : il cherche premièrement à établir les liens étroits entre les quatre maladies chroniques identifiées et les troubles neurocognitifs; et deuxièmement, il vise à souligner l'importance d'identifier les troubles neurocognitifs eux-mêmes comme une priorité pour les soins intégrés dans les futurs documents de politique du ministère de la Santé.

La Société Alzheimer émet deux recommandations. Tout d'abord, **que toutes les ESO incorporent les troubles neurocognitifs dans leurs cheminement cliniques intégrés pour les quatre problèmes de santé chroniques identifiés** indiqués ci-dessus, plutôt que d'abandonner l'axe initial prometteur des troubles neurocognitifs et/ou des aînés vulnérables en général. Deuxièmement, **que le ministère de la Santé accorde la priorité aux troubles neurocognitifs en tant que problème de santé chronique distinct pour recevoir une attention urgente de la part des ESO** dans les documents de politique ultérieurs qui se basent sur *La voie à suivre*.

## L'ICG et les troubles neurocognitifs

Ce qui est bon pour le cœur l'est aussi pour le cerveau. Il y a une idée fautive selon laquelle les troubles neurocognitifs sont inévitables, ou pire qu'ils sont une conséquence naturelle du vieillissement. En fait, les facteurs de risque modifiables représentent environ 40 % des diagnostics de troubles neurocognitifs.<sup>1</sup> Ces facteurs de risque de développer un trouble neurocognitif plus tard dans la vie se chevauchent avec ceux associés à l'insuffisance cardiaque, l'abus d'alcool, le tabagisme, l'obésité et l'inactivité. **Les efforts de prévention et de réduction des risques de l'ICG devraient également mettre en évidence les avantages connexes de la réduction des risques de développer un trouble neurocognitif.**

Bien que l'ICG et les troubles neurocognitifs aient plusieurs facteurs de risque présymptomatiques en commun, plusieurs études récentes ont montré que l'insuffisance cardiaque elle-même était un facteur de risque de développer un trouble neurocognitif plus tard dans la vie<sup>2</sup>. **Les cheminement de soins de l'ICG doivent reconnaître le risque accru de trouble neurocognitif**, en accordant la priorité aux évaluations cognitives pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque.

Compte tenu des fortes associations entre l'ICG et les troubles neurocognitifs, à la fois avec des facteurs de risque corrélés et le lien de causalité, la meilleure pratique à l'échelle internationale consiste à intégrer les efforts de réduction des risques, de dépistage, de traitement et de gestion des cas. En développant des cheminement de soins pour l'ICG, **les ESO doivent également se concentrer sur les facteurs de risque modifiables des troubles neurocognitifs, et autrement les intégrer dans tous les aspects d'un cheminement de soins pour l'ICG.**

## Le diabète et les troubles neurocognitifs

Comme dans le cas de l'ICG, plusieurs facteurs de risque du diabète ont des points communs avec ceux associés aux troubles neurocognitifs. Ils comprennent l'obésité, les maladies cardiaques, les vaisseaux sanguins endommagés, les troubles circulatoires, un taux élevé de cholestérol et l'hypertension artérielle.<sup>3</sup> Ici aussi, le diabète, en particulier celui de type 2, contribue à une probabilité accrue de développer un trouble neurocognitif plus tard dans la vie : aux États-Unis, la prévalence accrue du diabète de type 2 reflète étroitement les taux croissants de diagnostics de troubles neurocognitifs<sup>4</sup> et un diagnostic de diabète fait partie des 12 facteurs de risque qui représentent collectivement environ 40 % des cas de troubles neurocognitifs<sup>5</sup>. Une méta-analyse récente des données aux États-Unis a révélé que le diabète

---

<sup>1</sup> Société Alzheimer du Canada. Les troubles neurocognitifs au Canada : quelle direction à l'avenir?, 2022

<sup>2</sup> Qiu et al. Heart Failure and Risk of Dementia and Alzheimer [sic] Disease, 2006. Li et al. Associations between heart failure and risk of dementia, 2020.

<sup>3</sup> Société Alzheimer du Canada. Le diabète et les troubles neurocognitifs

<sup>4</sup> Cholerton et al. Type 2 Diabetes, Cognition, and Dementia in Older Adults: Toward a Precision Health Approach, 2016.

<sup>5</sup> Les troubles neurocognitifs au Canada : quelle direction à l'avenir?

double à peu près la probabilité d'un futur diagnostic de trouble neurocognitif, mais ce risque peut être réduit par une modification intensive d'autres facteurs de risque.<sup>6</sup>

En présentant les cheminement de soins pour le diabète, les **ESO doivent souligner le risque accru de développer un trouble neurocognitif** et, pour les patients ayant déjà reçu un diagnostic de diabète qui présentent des signes de troubles cognitifs légers, les cheminement de soins **doivent cibler agressivement les facteurs de risque modifiables des troubles neurocognitifs** pour réduire la probabilité ou la gravité du déclin cognitif dans ce groupe à haut risque.

### La BCO et les troubles neurocognitifs

Il existe un lien étroit entre la BCO et un possible diagnostic de trouble neurocognitif. Le risque est le plus élevé pour les patients qui développent une BCO plus tôt dans la vie, ce qui indique que les facteurs de risque débouchant sur une BCO (tabagisme, manque d'exercice, obésité) s'ils ne sont pas modifiés après un diagnostic de BCO peuvent continuer à faire des dégâts, et aboutir à un diagnostic de trouble neurocognitif. Cet effet cumulatif de « double dommage » doit être souligné dans les cheminement de soins pour les patients atteints d'une BCO : **bien vivre avec une BCO diminue le risque de trouble neurocognitif**, tandis que la poursuite des comportements qui y ont contribué augmente la probabilité d'en développer un.

### L'AVC et les troubles neurocognitifs

Plus que pour n'importe lequel des trois autres problèmes de santé identifiés, les accidents vasculaires cérébraux et les troubles neurocognitifs sont étroitement liés. **Il est essentiel que les plans de soins de l'AVC mis en œuvre par les ESO intègrent la prévalence considérablement accrue des troubles neurocognitifs chez les patients ayant subi un AVC.** Cela comprend le ciblage des facteurs de risque modifiables au sein de cette population ainsi que des évaluations cognitives régulières.

Un accident vasculaire cérébral fait plus que doubler le risque de développer un trouble neurocognitif, et cela à tout âge. Les facteurs de risque des AVC sont presque identiques aux principaux facteurs de risque modifiables des troubles neurocognitifs : obésité, inactivité physique, taux de cholestérol élevé, hypertension artérielle, lésions cérébrales traumatiques et diabète. Ce dernier facteur de risque commun met en évidence l'interdépendance des quatre maladies chroniques identifiées dans *La voie à suivre* : elles partagent toutes des facteurs de risque, et le point commun entre toutes est le risque accru de développer un trouble neurocognitif. Ce point commun n'est pas mentionné dans *La voie à suivre*.

---

<sup>6</sup> Pal et al. Mild cognitive impairment and progression to dementia in people with diabetes, prediabetes and metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis, 2018.

## La voie à suivre et les troubles neurocognitifs

Le document *La voie à suivre* tourne autour des troubles neurocognitifs : il identifie quatre maladies chroniques étroitement liées à ceux-ci, sans jamais les nommer ni mettre en évidence leurs interrelations étroites avec l'ICG, la BCO, le diabète et les AVC.

Il s'agit d'une opportunité manquée. En ne reconnaissant pas explicitement les liens entre ces quatre maladies chroniques et les troubles neurocognitifs, les cheminement de soins intégrés qui en résulteront seront incomplets, au détriment des résultats pour les patients. Par exemple, le délire est une complication grave et potentiellement mortelle qui peut soit devancer soit suivre un diagnostic de trouble neurocognitif — et là où d'autres comorbidités existent, comme l'ICG, les risques associés au délire augmentent considérablement<sup>7</sup>. En reconnaissant l'interdépendance des troubles neurocognitifs et des quatre problèmes médicaux identifiés dans *La voie à suivre*, les risques associés aux résultats pour les patients, tels que le délire, peuvent être traités de manière appropriée dans les cheminement de soins.

Fondamentalement, *La voie à suivre* n'inclut aucune directive pour les ESO concernant la manière de se préparer à la transition éventuelle des besoins des patients, par exemple, des soins découlant d'un AVC, à ceux découlant d'un trouble neurocognitif. Comme cela a été démontré, il existe un lien entre les quatre maladies chroniques identifiées comme prioritaires par le ministère de la Santé. En négligeant les éventuels besoins en matière de soins découlant d'un trouble neurocognitif des patients vivant avec ces quatre maladies chroniques, *La voie à suivre* risque de segmenter davantage le système de santé. Une ESO pourrait réussir à améliorer radicalement les soins de santé pour les victimes d'accidents cérébrovasculaires, et améliorer grandement les interactions avec les patients. Puis, lorsque ce même patient développera un trouble neurocognitif (comme c'est le cas pour de nombreuses victimes d'AVC), il recevra, au lieu de soins de classe mondiale comme il en avait reçu pour son AVC, des soins de santé décousus et sous-financés pour son trouble neurocognitif.

Il s'agit d'une approche centrée sur le problème de santé plutôt que sur le patient, contrairement à l'objectif déclaré des ESO. Un pourcentage élevé de patients souffrant d'une ICG, d'une BCO, de diabète et ceux victimes d'un AVC auront éventuellement besoin de soins pour des troubles neurocognitifs; **les ESO devront pour cela être encouragées à voir les troubles neurocognitifs comme un prolongement des 4 cheminement de soins chroniques identifiés.** La notion de cheminement clinique intégré telle qu'énoncée dans *La voie à suivre* implique continuité et facilité d'accès pour les patients. Afin d'atteindre cet objectif pour les quatre problèmes de santé chroniques identifiés, **chaque cheminement de soins doit inclure une transition vers des soutiens en matière de trouble neurocognitif.**

La Société Alzheimer reconnaît que *La voie à suivre* marque un moment précis pour les ESO et que le modèle continuera d'évoluer pour répondre aux besoins en soins de santé des

---

<sup>7</sup> Fong et al. The Interface of Delirium and Dementia in Older Persons, 2015.

Ontariens. En effet, le document lui-même envisage les priorités futures, spéculant que la santé mentale et les dépendances pourraient être une prochaine cible pour son propre parcours de soins intégrés. Cela répond à un besoin clairement identifié par les nombreuses ESO qui ont choisi de prioriser la santé mentale et les dépendances comme population cible, tout comme un nombre comparable a sélectionné des personnes âgées ayant des besoins de soins complexes, y compris souvent les troubles neurocognitifs.

Les troubles neurocognitifs sont à la fois une extension naturelle des quatre populations prioritaires identifiées dans *La voie à suivre*, et une priorité indépendante à part entière identifiée par plusieurs ESO. Avec le nombre d'Ontariens vivant avec un trouble neurocognitif qui devrait tripler au cours des 30 prochaines années — les aînés avec un trouble neurocognitif représentant déjà la moitié des lits

« autre niveau de soins » (ANC) dans les hôpitaux au Canada <sup>8</sup>— il est urgent de se préparer à une prévalence en augmentation rapide. **Les futurs documents de politique du ministère de la Santé devraient clairement identifier les soins aux personnes vivant avec un trouble neurocognitif comme une priorité pour les cheminement de soins cliniques intégrés.**

---

<sup>8</sup> Institut canadien d'information sur la santé. La démence au Canada, 2018