

C'est triste, mais c'est vrai : oui, votre père est atteint de démence...

par Guy Frenette
et Jean-Pierre Beauchemin

M. Légaré est votre patient depuis plusieurs années. Il y a deux ans, il a commencé à vous parler de sa mémoire, et vous le rassuriez constamment. Mais vous avez dû vous rendre à l'évidence : son état s'est détérioré peu à peu, et il présente maintenant tous les critères nécessaires pour établir un diagnostic de démence dégénérative de type Alzheimer. Vous le rencontrez aujourd'hui avec son épouse et leur fille. Vous avez prévu un rendez-vous de 30 minutes, à la fin de vos consultations... Plusieurs questions vous assaillent...

- Devez-vous lui dire qu'il souffre de la maladie d'Alzheimer ?
- Devriez-vous entreprendre d'emblée un traitement médicamenteux ?
- Quels conseils devriez-vous donner dès maintenant à M. Légaré et à ses proches ?

Maladie d'Alzheimer : l'annoncer ou pas ?

Annoncer à un patient qu'il est atteint de démence est une expérience clinique qui risque de s'avérer particulièrement malaisée pour le clinicien, le patient et son entourage, et ce, pour plusieurs raisons.

Pourquoi est-ce difficile ?

La démence se définit jusqu'à maintenant comme un groupe de maladies incurables, d'évolution lente, caractérisée par une déchéance inexorable de toutes les sphères de la vie, tant de l'autonomie fonctionnelle que des aspects cognitifs, émotifs et sociaux. La fréquence élevée de la démence à l'âge avancé nous amène souvent à penser que nous et nos proches pourrions en être atteints.

Selon le stade d'atteinte cognitive du patient, des questions se posent sur sa capacité à comprendre le diagnostic ainsi que ses conséquences immédiates et à plus long terme. Plusieurs patients développent de l'anxiété (voire de la panique...) ou une dépression pouvant parfois conduire au

suicide. La démence étant un diagnostic clinique, le médecin devra composer avec l'incertitude inhérente au fait qu'il ne peut pas être sûr du diagnostic à 100 %. De plus, au-delà des troubles de la mémoire, il n'est pas simple d'expliquer les conséquences de la maladie sur les autres sphères cognitives.

Comment l'annoncer ?

Il n'y a pas de recette applicable à tous les patients. Chaque cas est particulier et exige du médecin une capacité d'adaptation élevée. L'entrevue centrée sur le patient et sa famille est la pierre angulaire de cet exercice de communication intense. Le médecin doit être à même de juger jusqu'où il doit aller dans l'entrevue. La connaissance longitudinale d'un patient et de sa famille constitue un atout indéniable dans ces circonstances.

Le patient doit être au cœur de la discussion, et le niveau de langage ainsi que les explications doivent être adaptés à sa situation. À ce stade, il n'y a généralement pas lieu de convoquer une rencontre de famille, mais il est souvent utile d'inviter le ou les aidants principaux à accompagner le patient.

Il convient aussi de connaître assez rapidement les références personnelles du patient et de sa famille quant à la démence afin de rectifier au besoin des perceptions fausses

Le Dr Guy Frenette, omnipraticien, est chef du service de gériatrie ambulatoire du CHUQ-CHUL, à Québec. Le Dr Jean-Pierre Beauchemin, gériatre, exerce au CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières et à l'Hôpital Laval, à Québec.

sur le diagnostic (assimilation avec des maladies mentales [schizophrénie, maladie bipolaire] ou d'autres maladies neurologiques [sclérose en plaques, maladie de Parkinson]), sur les causes ou sur l'évolution naturelle de la maladie.

Le médecin devra souvent prévoir une deuxième entrevue (ou parfois plus), car certains patients ou leurs familles ont besoin de temps pour liquider le déni, la colère ou l'angoisse qu'engendre parfois ce diagnostic.

Faut-il annoncer officiellement le diagnostic de démence ?

La conduite du médecin repose sur des aspects légaux et éthiques qui se rejoignent : le droit à la vérité et à un diagnostic précis. C'est la règle qui ne sera transgressée qu'en de rares circonstances. En effet, sauf pour quelques cas isolés, il y a plus d'avantages que d'inconvénients pour un patient ou sa famille à connaître la vérité.

Une étude a montré que 83 % des familles préféreraient que le patient ne soit pas informé du diagnostic de crainte que cela suscite de l'anxiété ou un état dépressif. Paradoxalement, les mêmes répondants exigeraient dans une proportion de 71 % d'être informés du diagnostic de démence s'ils étaient eux-mêmes atteints. On constate l'ambivalence des familles qui tentent de protéger leurs proches plus qu'eux-mêmes des mauvaises nouvelles.

Les avantages de préciser le diagnostic au patient et à ses proches sont nombreux :

- On pourra ainsi procéder à une intervention multidisciplinaire précoce, en entreprenant des essais thérapeutiques d'une part, et en assumant la prise en charge progressive des pertes inhérentes à la maladie d'autre part. Si on ne peut pas tout prévenir, on peut toujours tenter de prévoir. La planification à long terme diminue le nombre de crises pour les aidants naturels.
- Le patient et sa famille éprouvent souvent un sentiment

La conduite du médecin repose sur des aspects légaux et éthiques qui se rejoignent : le droit à la vérité et à un diagnostic précis. C'est la règle qui ne sera transgressée qu'en de rares circonstances. En effet, sauf pour quelques cas isolés, il y a plus d'avantages que d'inconvénients pour un patient ou sa famille à connaître la vérité.

R E P È R E

de réconfort à l'annonce du diagnostic, car l'incertitude (plusieurs semaines, plusieurs mois) quant à la cause des troubles observés est pire que le diagnostic comme tel. Il n'est pas rare d'entendre le patient ou sa famille dire que le diagnostic confirme leurs appréhensions. On remarquera que la démence est une maladie de plus en plus connue du grand public.

● L'annonce du diagnostic en simultané (patient et famille) permet de répondre aux interrogations de tout le monde et de s'assurer que chacun dispose de la même information. La solidarité familiale s'organise ainsi plus rapidement et plus facilement. Le défi pour le clinicien lors de cette rencontre consiste à évaluer avec quel degré de précision il fera part des résultats des examens d'investigation, car certains interpréteront une abondance de détails comme un indice que le patient a une démence très grave, sans que ce soit nécessairement le cas. Pour d'autres, le manque de détails sera synonyme d'évaluation bâclée, et ils mettront le diagnostic en doute.

Les éléments suivants devraient être abordés en une ou plusieurs rencontres :

- Les résultats des tests et des examens d'investigation ;
- Le pronostic ;
- Les options thérapeutiques ;
- La planification de l'avenir ;
- Les services de soutien.

Les raisons souvent invoquées pour ne pas révéler le diagnostic au patient et à ses proches sont les suivantes :

- La crainte que le patient n'ait plus suffisamment d'introspection (*insight*) pour comprendre sa maladie. Cette crainte n'est justifiée qu'en phase avancée de la maladie. Dans les stades légers à modérés, le manque d'introspection n'est pas en corrélation avec l'intensité de la maladie.
- Le risque d'anxiété, de dépression et de suicide n'est pas modifié par une rencontre avec le patient et ses proches. La politique du silence pourrait quant à elle augmenter le risque d'anxiété, de dépression et de suicide.
- La crainte de manifestations émotives de la part du patient et de sa famille. La présence d'un intervenant qualifié en relation d'aide (intervenant du service social ou psychothérapeute) n'est pas superflue.

Démence « probable » ou « possible », ou composer avec l'incertitude

Bien que les concepts de démence « probable » et « possible » soient fort utiles en recherche clinique, l'incertitude risque de créer beaucoup de confusion pour un patient et

son entourage. En effet, on parle de démence probable lorsque les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*) sont présents. Il s'agit du plus haut degré de certitude diagnostique après l'étude des coupes du cerveau à la recherche des lésions caractéristiques de la maladie.

Il n'est pas rare que le clinicien n'ait pas tous les éléments pour poser un diagnostic probable de démence. L'incertitude s'installe dans les cas suivants :

- Le patient a un syndrome démentiel sans cause apparente, mais les manifestations et l'évolution sont atypiques de la maladie d'Alzheimer.
- Le patient présente une maladie cérébrale ou systémique pouvant provoquer une démence, mais qui ne semble pas être la cause du syndrome démentiel observé (par exemple, une image cérébrale d'accident vasculaire dans un territoire non pertinent au tableau clinique, ou découverte d'une hypothyroïdie légère).
- Le patient ne présente qu'un déficit cognitif isolé mais progressif, sans cause décelable.

On comprendra qu'il faut un niveau de communication élevé pour être compris par un patient et sa famille quand on évoque le diagnostic de démence possible. Certaines familles l'interprètent comme l'incompétence du médecin à diagnostiquer cette maladie et souvent, elles demandent une deuxième opinion. D'autres familles saisiront l'occasion pour attribuer à d'autres maladies le syndrome démentiel observé en insistant souvent sur les causes réversibles, pavant ainsi la voie à d'amères déceptions.

Dans les cas précités d'incertitude diagnostique, il convient peut-être de dire qu'il est possible que le patient souffre de démence et qu'un suivi longitudinal tous les six mois permettra d'améliorer l'acuité diagnostique. Selon le degré de certitude diagnostique, certains cliniciens se sentiraient à l'aise de proposer un essai thérapeutique avec un anticholinestérasique. Les cas de démence possible évoluent souvent vers un diagnostic de démence frontotemporale ou de démence à corps de Lewy.

Pilules antidémence ou pas ? Voilà la question...

On a vu apparaître ces dernières années les premiers médicaments « antidémence ». Il s'agit d'un domaine nouveau, où les connaissances évoluent à grande vitesse. Il est difficile pour le médecin de famille de se faire une idée claire des indications réelles de ces médicaments. Compte tenu de leur coût et des contraintes imposées par les assureurs (public et privés), le médecin est pris entre deux feux :

d'une part, il tente d'exercer une médecine fondée sur des preuves solides et ne veut pas contribuer à une escalade injustifiée des coûts de santé, mais d'autre part, il a à cœur de rendre service à ses patients et de répondre aux pressions des proches.

Pour l'instant, les seuls médicaments antidémence dont l'efficacité est démontrée appartiennent à la classe des anticholinestérasiques. Un article du présent numéro, intitulé « Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase », leur est entièrement consacré.

Quelques conseils au patient et à ses proches...

Après avoir annoncé le diagnostic et expliqué ce qu'est une démence, le médecin doit donner l'information utile au malade et aux proches. De plus, il apportera un soutien aux proches en même temps qu'il suivra le malade.

Les principales attentes des « aidants naturels » envers le médecin traitant sont faciles à résumer² :

- Assurer un suivi régulier.
- Communiquer, en plus du diagnostic, l'information utile tout au long de la maladie.
- Reconnaître l'importance du rôle des aidants naturels.
- Fournir de l'assistance face aux troubles du comportement.

Information au malade et aux proches

Invariablement, le malade et les proches demandent au médecin de famille des informations concernant : l'évolution de la maladie, les facteurs de risque et leurs manifestations, les traitements disponibles.

L'évolution de la démence varie selon sa cause. Typiquement, une démence de type Alzheimer présentera une involution en pente douce, presque prévisible, qui peut s'échelonner sur plusieurs années (en moyenne de six à huit ans après le diagnostic). Par contre, une démence vasculaire entraînera des pertes cognitives par paliers (souvent associées

Les principales attentes des « aidants naturels » envers le médecin traitant sont faciles à résumer : assurer un suivi régulier ; communiquer, en plus du diagnostic, l'information utile tout au long de la maladie ; reconnaître l'importance du rôle des aidants naturels ; fournir de l'assistance face aux troubles du comportement.

R E P È R E

TABLEAU I

Facteurs de risque de la démence

Facteurs généraux

- Âge
- Niveau de scolarité
- Hérité

Facteurs spécifiques à certaines démences

Démence d'Alzheimer

- Antécédents de traumatisme crânien important : on entend par là des antécédents de commotion cérébrale ou de coma liés à un traumatisme crânien.
- Syndrome de Down
- Déficience cognitive légère (*mild cognitive impairment*) : ce problème n'est pas le début de la démence, mais on note un taux de conversion de 10 % par année vers la DSTA¹.

Démence vasculaire

- Accident vasculaire cérébral (AVC), lacunes : la présence d'un AVC, d'un tableau lacunaire ou d'une leucoaraïose périventriculaire objectivée à la tomographie par émission de positrons ou à l'imagerie par résonance magnétique constitue, il va de soi, un facteur de risque important de démence vasculaire.
- Hypertension artérielle (HTA), diabète, hypercholestérolémie
- Tabagisme
- Abus chronique d'alcool
- Exposition aux produits toxiques : pesticides, vapeurs de plastique, engrais

à un trouble vasculaire, objectivable ou non) avec fluctuation des performances dans le temps.

Les facteurs de risque peuvent être classés en facteurs généraux (non spécifiques) et spécifiques à chaque type de démence (tableau I). Dans la plupart des cas, la démence peut être multifactorielle. La prévention primaire consiste à modifier les facteurs de risque réversibles. La prévention secondaire se résume au traitement spécifique de la démence.

Facteurs de risque généraux de la démence

L'âge. À partir de 65 ans, le risque d'être atteint de démence double tous les cinq ans, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau II)³.

La scolarité. Une personne ayant fait des études primaires présente quatre fois plus de risques d'être atteinte d'une dé-

TABLEAU II

Prévalence de la démence

Âge	Prévalence
65 à 74 ans	2 %
75 à 84 ans	12 %
85 ans et plus	35 %

Source : McDowell I. The incidence of dementia in Canada. The Canadian Study of Health and Aging Working Group. *Neurology* 12 juillet 2000 ; 55 : 66-73.

mence dégénérative ou vasculaire qu'une personne qui a étudié pendant 10 ans ou plus^{4,5}.

L'hérité. La présence au génotype d'un allèle Apo-E4 sur le chromosome 19 augmente le risque de 2,2 à 4,4 fois, alors que la présence des deux allèles (E4/E4) augmente le risque de démence sénile de type Alzheimer (DSTA) de 5,1 à 17,9⁶. Cependant, il n'est pas recommandé d'en faire une recherche systématique, et aucun marqueur biologique n'est reconnu pour détecter une DSTA ou une autre démence. De plus, l'absence d'Apo-E4 ne protège pas une personne contre toute démence, y compris une DSTA. En fait, la forme la plus fréquente est la forme sporadique (90 à 95 %) ; la forme familiale est donc plus rare, soit de 5 à 10 % de tous les cas de DSTA.

La démence vasculaire en soi n'est pas héréditaire, mais plusieurs facteurs de risque liés à ce type de démence le sont. En ce sens, l'information aux proches s'avère pertinente en prévention primaire pour le dépistage de l'hypertension, de l'hyperlipidémie, du diabète, etc.

Facteurs de risque spécifiques à certaines démences

On trouvera au tableau I les facteurs de risque propres à certaines démences.

Il faut aussi renseigner les patients et leurs proches sur les facteurs de protection contre la DSTA (par exemple : œstrogénothérapie à la ménopause, prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS] contre l'arthrite, antioxydants).

Même s'il n'est pas indiqué de prescrire ces médicaments pour la seule prévention de la démence, une patiente bien informée aura un argument de plus pour décider, par exemple, de prendre une hormonothérapie substitutive à la ménopause.

Aspects légaux

À ce stade de la maladie (à l'annonce du diagnostic), il

est essentiel de préciser que certains aspects légaux devront être discutés avant longtemps. Il faudra vérifier quelle est la capacité du patient à décider de ce qui est bon pour lui-même (consentement aux soins, autocritique face à ses capacités, mandat en cas d'inaptitude) et pour ses biens (procuration bancaire, testament, mandat en cas d'inaptitude). Ces sujets seront discutés en détail dans l'article qui suit.

La conduite automobile

Il faut informer le malade et ses proches qu'un diagnostic de démence n'implique pas automatiquement une révocation du permis de conduire. Dans bien des cas, la conduite automobile est possible et adéquate. Bien sûr, le diagnostic médical de démence implique une surveillance accrue et régulière de la part du médecin. Il est relativement aisé au cabinet de reconnaître les très bons ou les très mauvais conducteurs.

Vous avez des doutes quant aux autres⁷? Vous pouvez recevoir de l'aide en adressant le patient à l'hôpital de jour ou à l'équipe ambulatoire de gériatrie: l'évaluation sera faite par l'ergothérapeute qui, pour ce problème précis, peut faire passer des prétests de conduite suivis, au besoin, d'un test sur route.

À ce stade de l'évaluation, le médecin, de concert avec l'ergothérapeute, choisira l'une des cinq options suivantes par rapport à la conduite automobile:

- Inscrire « sans restrictions » dans le rapport d'examen médical (formulaire M-28 de la Société de l'assurance automobile du Québec [SAAQ]).
- Recommander une évaluation sur route, dans la section commentaires du formulaire M-28 (délai d'environ six mois) (consultation en ergothérapie demandée dans le formulaire).
- Inscrire une condition « S », précisée dans les commentaires: cette dernière indique à la SAAQ que le permis est restreint à la conduite accompagnée d'un ergothérapeute seulement (suspension temporaire en attente du test qui sera planifié par la SAAQ [coût: environ 300 \$]).
- Test de conduite pratique sur route avec un ergothérapeute du secteur privé (coût: environ 350,00 \$), reconnu

par la SAAQ. Le médecin fait son rapport dans le formulaire M-28 à la lumière de ces résultats.

- Retrait du permis de conduire.

Polypharmacie

Il faut renseigner le patient et ses proches sur les risques de la polypharmacie. Démence est synonyme de « cerveau à risque ». Un *delirium* peut s'installer rapidement après l'ajout d'un nouveau médicament (bêta-bloquant, anticholinergique, anti-inflammatoire non stéroïdien, cimetidine, benzodiazépine, codéine, etc.) ou une interaction entre des médicaments sur ordonnance et des médicaments en vente libre. Dites à votre patient d'être prudent avec les médicaments, prescrits ou non, et, comme médecin traitant, appliquez, pour toute nouvelle ordonnance, le bon vieux principe « *Start low – Go slow* ». Le suivi régulier du patient dément permet de réviser le traitement médicamenteux à chaque consultation.

Soutien psychologique aux aidants

Plus de 50 % des proches qui participent aux soins présentent un problème psychiatrique important au cours de leur « carrière » de soignants (par exemple: trouble anxieux, dépression)⁸.

Le médecin doit reconnaître et valoriser le rôle essentiel des aidants naturels dans le maintien à domicile et les soins prodigués tout au long de la maladie. Il est bon d'évaluer, de façon régulière, aussi bien le malade que ses proches. Le fait d'informer l'aidant naturel, de le rassurer et de le soutenir (au besoin, par une psychothérapie et [ou] un traitement pharmacologique) aura un effet positif sur la qualité de vie et le maintien à domicile du patient atteint de démence.

Orientation vers les ressources du milieu

Le médecin ne peut tout faire seul. Il peut adresser la personne atteinte et sa famille aux organismes du réseau, qui pourront compléter le soutien nécessaire.

- Les **groupes de soutien**, dont l'exemple type est la Société Alzheimer. Elle offre, entre autres, des séances

À ce stade de la maladie, il est essentiel d'annoncer que certains aspects légaux devront être discutés avant longtemps. Il faudra vérifier quelle est la capacité du patient à décider de ce qui est bon pour lui-même et pour ses biens.

E N C A D R É

Documentation pertinente

Sites Internet en gérontologie et en gériatrie

- Association canadienne de gérontologie : www.cacag.ca
- Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal : www.iugm.qc.ca
- La gérontologie française : www.geronto.com
- Santé Canada – Division du vieillissement et des aînés : www.lc-se-ge.ca/seniors-aines
- Société Alzheimer Canada : www.alzheimer.ca
- Société québécoise de gériatrie : www.interlinx.qc.ca/~glacombe/

Revues d'intérêt sur le vieillissement

- *L'Année gérontologique*
- *Le Bel Âge*
- *Bulletin Bien vieillir*
- *Canadian Journal of Aging/La revue canadienne du vieillissement* (par l'Association canadienne de gérontologie)
- *Drugs and Aging*
- *Geriatric Nursing*
- *Geriatrics*
- *Gérontologie*
- *Gerontologist*
- *Gérontophile*
- *Journal of the American Geriatric Society*

Livres

- Alföldi N. *La vie toujours : accompagner le vieillissement*. Barret-le-Bas (Hautes-Alpes) : Yves Michel, 2000 : 150 pages.
- Arcand M, Hébert R. *Précis pratique de gériatrie*. 2^e éd. Saint-Hyacinthe, Québec : Edisem, 1997 : 881 pages.
- Diamant-Berger F, Kerangall C. *Les personnes âgées : pour une prise en charge globale*. Paris : Masson, 2000 : 164 pages (Collection Soins infirmiers).
- Gauthier S. *Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease*. 2^e éd. Londres : Martin Dunitz, 2001 : 386 pages.
- Héту J-L. *Psychologie du vieillissement* [nouvelle édition revue et augmentée]. Montréal : Éditions du Méridien, 1992 : 317 pages.

d'information, et organise des groupes d'entraide pour les malades et leurs proches, des activités adaptées, du soutien, etc.

- Le CLSC est responsable de l'évaluation psychosociale, du maintien à domicile, des lits réservés aux services de relève, du centre de jour, de l'orientation vers des organismes d'entraide bénévole, etc. Dans certaines régions, les CLSC ont élaboré des réseaux intégrés de services aux personnes âgées (RISPA) ou un programme de relance systématique

de la clientèle atteinte.

- Plusieurs sources d'information existent déjà et peuvent parfois grandement aider les patients et leurs proches (voir l'*encadré*).

OUF ! L'APRÈS-MIDI EST TERMINÉ. M. Légaré et son épouse sont soulagés que l'on ait finalement mis un nom sur ce qui leur arrive. Leur fille trouve qu'il vous a fallu beaucoup de temps pour confirmer ce qu'ils soupçonnaient depuis quelques

S U M M A R Y

It's sad but it's true: Yes, your father has dementia...

In the coming years, an increasing number of patients will be told by their family physician during a visit to his office that they are suffering from dementia. Since it is primarily a clinical diagnosis, and as doctors will have to manage the discomfort and uncertainty associated with it (possibility versus probability of dementia), the doctor-patient communication skills will be at the centre of the relationship.

There is still no cure for dementia. When and how should we tell the patient and his family about it? What are the pros and cons of formally telling the patient? People expect to hear the truth, and get useful information at the right time. They also look for a regular and trustworthy follow-up through the full course of the disease. Giving information to the patient and the family is of the utmost importance: risk factors, diagnostic features, things to expect, prognosis, treatment, legal aspects, driving license. Natural caregivers play a major role in keeping the patient at home with an optimal quality of life: they have their own expectations and must be given appropriate support and information by the family physician.

Key words: dementia, management, risk factors, diagnosis announcement.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

mois déjà. Elle a posé beaucoup de questions sur le traitement et le pronostic. Vous avez proposé de la revoir avec ses frères et sœurs pour répondre à leurs questions, ce qu'elle a accepté avec empressement. Vous vous promettez bien de vous renseigner sur les médicaments avant de les rencontrer. ☺

Date de réception : 15 octobre 2001.

Date d'acceptation : 20 février 2002.

Mots clés : démence, prise en charge, facteurs de risque, annonce du diagnostic.

Bibliographie

1. Ritchie K, Touchon J. Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status. *Lancet* 2000 ; 355 : 225-8.
2. Cohen C, Pringle D, Leduc L. Dementia caregiving: the role of the primary care physician. *Can J Neurol Sci* 2001 (Suppl 1) : S72-6.
3. McDowell I. The incidence of dementia in Canada. The Canadian Study of Health and Aging Working Group. *Neurology* 12 juillet 2000 ; 55 : 66-73.
4. Canadian Study of Health and Aging. Risks factors for Alzheimer's disease in Canada. *Neurology* 1994 ; 44 : 2073-80.
5. Lindsay J, Hébert R, Rockwood K. The Canadian Study of Health and Aging: risk factors for vascular dementia. *Stroke* 1997 ; 28 : 526-30.
6. Myers RH, Schaefer EJ, Wilson PWF, et al. Apolipoprotein Eε4 association with dementia in a population-based study: the Framington Study. *Neurology* 1996 ; 46 : 673-7.
7. Bouchard C, Robichaud L. Évaluation du conducteur âgé atteint de déficits cognitifs. *L'Actualité médicale* 27 janvier 1999 (Suppl) : 6-9.
8. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving prevalence, correlates and cause. *Gerontologist* 1995 ; 35 : 771-91.
9. Fledman H, Kertesz A. Diagnosis, classification and history of degenerative dementias. *Can J Neurol Sci* 2001 (Suppl 1) : S17-27.

Mai 2002

9, 10 **La pneumologie**
Palais des Congrès, Montréal

Juin 2002

13, 14 **La cardiologie**
Hôtel Rimouski, Rimouski

Septembre 2002

12, 13 **La santé mentale**
Hôtel Radisson Québec, Québec

Changements importants

Octobre 2002

17, 18 **La gériatrie** 
Hôtel Wyndham, Montréal

Novembre 2002

4-8 **L'omnipratique d'aujourd'hui à demain**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

23-30 **La FMOQ sous d'autres cieux**
Riviera Maya, Mexique

Décembre 2002

5, 6 **La dermatologie** 
Hôtel Wyndham, Montréal

Février 2003

13, 14 **La neurologie**
Centre des congrès, Québec