

3. La démence à corps de Lewy est causée par des dépôts anormaux de la protéine contenue dans les neurones du cerveau, causant un arrêt de transmission des signaux qu'il émet. On estime que de 5 à 15 % de tous les cas de démence sont de ce type. On sait peu de choses sur les causes de cette forme de démence, mais le bagage génétique pourrait être en cause.
4. La démence frontotemporale forme environ de 2 à 5 % de tous les cas de démence. Bien qu'elle soit similaire à la maladie d'Alzheimer, ses symptômes ont tendance à apparaître à un plus jeune âge et atteignent principalement les lobes frontaux et temporaux du cerveau. Pour cette raison, les premiers symptômes touchent davantage le comportement et le langage au lieu de la mémoire. On sait peu de choses sur les facteurs de risque de cette forme de démence.

Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées chez les populations autochtones au Canada

Peu de travaux de recherche ont été réalisés sur la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées en lien avec les populations autochtones au Canada. Le peu de données probantes disponibles suggère que

bien que les taux de démence chez les Autochtones soient officiellement plus bas qu'au sein de la population en général, ces taux sont maintenant similaires ou plus élevés que chez les non-Autochtones. Au Canada, les taux de maladie d'Alzheimer et de démences apparentées sont appelés à augmenter de 4,2 fois chez les Premières Nations et de 3,3 fois chez les Inuits entre 2006 et 2031³.

Obstacles à la reconnaissance et au diagnostic de la démence dans les communautés autochtones

Un diagnostic précoce est essentiel pour assurer la sécurité des aînés et aider à préserver leur qualité de vie. Un diagnostic est également nécessaire pour comprendre la prévalence réelle de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées chez les populations autochtones, et veiller à ce qu'un soutien adéquat soit en place pour les personnes atteintes et celles qui en prennent soin.

Les démences ne sont souvent pas diagnostiquées en raison de plusieurs obstacles au sein des communautés autochtones, comme le manque de sensibilisation et de connaissances sur les types de démences, le manque de soins gériatriques dans les communautés autochtones et la nécessité de se déplacer dans les grands centres pour avoir accès à des soins spécialisés. Dans les

communautés rurales et éloignées, il manque d'accès à des spécialistes et les fournisseurs de soins de santé généraux peuvent manquer de connaissances sur la démence. Certaines personnes autochtones peuvent avoir plusieurs affections chroniques et d'autres problèmes de santé qu'ils considèrent comme plus prioritaires. D'autres facteurs peuvent contribuer à retarder ce diagnostic, tels que la peur ou le manque de confiance à l'égard du système de santé occidental ou de son personnel, en raison de mauvaises expériences antérieures dans ce système ou les craintes liées à un diagnostic et à ses répercussions.

Le manque d'outils de diagnostic plus adéquats culturellement constitue un autre obstacle. La plupart des mesures visant à évaluer la cognition ont été conçues pour les personnes blanches, scolarisées et vivant en milieu urbain et contiennent, par le fait même, des biais linguistiques et culturels. Certains travaux ont été réalisés en vue de concevoir des outils de dépistage plus adaptés sur le plan culturel. Lanting et coll. (2011), par exemple, ont travaillé avec des grands-mères autochtones en Saskatchewan afin de modifier l'outil de dépistage cognitif Pyramides et Palmiers afin qu'il devienne l'outil Sauterelles et Oies, en vue d'amorcer des échanges avec les patients autochtones et de les aider à se détendre. Il est important que les outils de diagnostic soient utilisés de manière

³ Aucune donnée similaire n'est disponible pour les populations métisses.

adaptée sur le plan culturel et respectent notamment l'étiquette culturelle et les règles informelles de communication, que des services de traduction en langues autochtones soient offerts et que l'on songe à inclure des membres de la famille dans les évaluations afin d'aider à réduire le stress.

Facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées

Les facteurs de risque ne causent pas la maladie, mais augmentent plutôt la probabilité qu'elle se développe. Les facteurs de risque de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées sont regroupés en trois catégories : les facteurs modifiables (donc, que l'on peut modifier), les facteurs non modifiables et les facteurs potentiellement modifiables (voir le tableau 1).

Les Autochtones doivent faire face à plus de facteurs de risque de maladie d'Alzheimer et de démences apparentées en raison des conséquences de la colonisation sur leur santé physique et mentale. Ces conséquences sont notamment la pauvreté, la perte du mode de vie traditionnel et les effets des traumatismes intergénérationnels. Plusieurs de ces facteurs de risque peuvent être modifiés – une étude a par exemple estimé que jusqu'à 75 % des cas de maladie d'Alzheimer chez les Autochtones pourraient être causés par des facteurs de risque modifiables⁴.

TABLEAU 1: FACTEURS DE RISQUE DE LA MALADIE D'ALZHEIMER ET DES DÉMENCES APPARENTÉES

Facteurs de risque modifiables	Facteurs de risque potentiellement modifiables	Facteurs de risque non modifiables
<ul style="list-style-type: none"> • Sédentarité • Diabète • Hypertension • Obésité • Tabagisme • Alimentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Dépression • Faible niveau de scolarité • Traumatismes crâniens • Stress ou trouble de stress post-traumatique (TSPT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Âge • Antécédents familiaux et génétiques • Genre



L'inactivité physique et un faible niveau de scolarité sont considérés comme les facteurs de risque les plus importants pour le développement de la maladie d'Alzheimer au sein de la population autochtone.

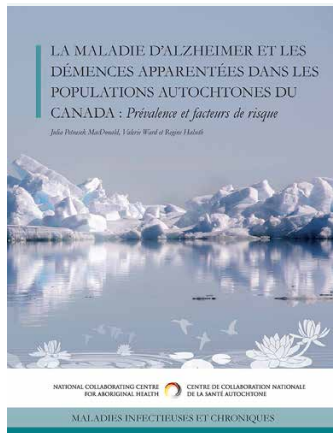
Conclusion

Les taux de maladie d'Alzheimer et de démences apparentées chez la population autochtone au Canada sont méconnus, malgré l'augmentation de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées dans le monde. Toutefois, plusieurs caractéristiques ouvrent la voie à de graves inquiétudes. La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées surviennent à un peu

plus jeune âge chez les Autochtones et le taux de personnes touchées augmente aussi plus rapidement. Des taux plus élevés de maladies chroniques et un plus grand nombre de facteurs de risque modifiables font en sorte que les populations autochtones courent plus de risques de souffrir de démence. Plusieurs des maladies et des facteurs de risque chez cette population découlent de la colonisation, à l'origine des inégalités socio-économiques et des disparités en matière de santé qui touchent les populations autochtones. Cette situation vient souligner la nécessité de se pencher davantage sur des solutions pour éliminer ces disparités. Il est essentiel d'agir afin d'enrayer la démence « épidémique » au sein de la population autochtone.

⁴ Petrasek MacDonald et coll. (2015). Implications of risk factors for Alzheimer's Disease in Canada's Indigenous Population. Canadian Geriatrics Journal, 18(3), 152-159.

CONSULTEZ, LISEZ OU TÉLÉCHARGEZ LE RAPPORT COMPLET



ISBN (print): 978-1-77368-170-2
ISBN (online): 978-1-77368-169-6



This publication is available
for download at:
[ccnsa.ca/525/alzheimer-
démence-prévalence-risque.
nccih?id=232](https://ccnsa.ca/525/alzheimer-démence-prévalence-risque.nccih?id=232)

Référence bibliographique : : Petrasek MacDonald, J., Ward, W., & Halseth, R. (2018). La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées dans les populations autochtones du Canada : Prévalence et facteurs de risque. Prince George, C.-B. : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *Alzheimer's disease and related dementias in Indigenous populations in Canada: Prevalence and risk factors.*

Remerciements

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents axés sur la recherche, qui font intervenir des analyses de la documentation ou une synthèse des connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes en matière de connaissances. Nous tenons à remercier nos réviseurs, qui ont généreusement donné leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des copies imprimées du rapport complet, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la
santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (C-B)
V2N 4Z9 Canada

Téléphone : 250 960 5250
Télécopieur : 250 960 5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone
National Collaborating Centre
for Indigenous Health

© 2025 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC. Photographie de bannière du résumé du rapport © Crédit : iStockPhoto.com, réf. 857678696.