

Accès au diagnostic précoce de démence au Nouveau-Brunswick : perceptions d'usagers potentiels de services selon la langue et le milieu de vie

Sarah Pakzad, Ph.D.¹, Jalila Jbilou, MD, Ph.D.², Marie-Claire Paulin, B. Ps.¹, Véronique Fontaine, B. Ps.¹, Denise Donovan, MD³, Mathieu Bélanger, Ph.D.⁴, Paul-Émile Bourque, Ph.D.⁵

RÉSUMÉ

OBJECTIFS : Le diagnostic précoce de la démence (DPD) est crucial autant pour l'identification des causes réversibles que pour la mise en place rapide d'interventions de prévention secondaire et de prise en charge thérapeutique. Cette étude explore la perception d'âinés du Nouveau-Brunswick concernant l'accessibilité, la disponibilité et la satisfaction des services de DPD, en tenant compte de leur langue d'usage et de leur milieu de vie (urbain ou rural).

MÉTHODE : Questionnaire auto-administré explorant les perceptions d'âinés francophones et anglophones de régions rurales et urbaines du Nouveau-Brunswick concernant les services de DPD. Des analyses univariées et bivariées ont été réalisées.

RÉSULTATS : Parmi les 157 participants âgés de 65 ans et plus ayant répondu au questionnaire et dont les données ont été analysées, 84 déclarent être principalement francophones et 72 parmi eux vivent en milieu rural. Les analyses bivariées suggèrent que les groupes linguistiques étudiés sont comparables en ce qui concerne leurs perceptions de la disponibilité, l'accès et la satisfaction des services de DPD. Toutefois, l'introduction de la dimension géographique montre des disparités intragroupes et intergroupes linguistiques, notamment en ce qui a trait à l'information relative au type de services disponibles dans la région.

CONCLUSION : Ces résultats suggèrent que les âinés vivant en milieu rural au Nouveau-Brunswick représentent un groupe particulièrement vulnérable ayant une perception d'accès limité aux services de DPD dans leur région.

MOTS CLÉS : démence; diagnostic précoce; santé rurale; soins de santé; minorités linguistiques

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S16-S20.

Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes à risque de développer la maladie d'Alzheimer (MA) ou une affection connexe augmente de façon alarmante^{1,2}. Le diagnostic précoce de la démence (DPD), lequel crée une excellente opportunité pour gérer la maladie, devient ainsi impératif³⁻⁹. En effet, le DPD, en plus de permettre l'identification et le traitement des causes réversibles, permet la mise en place rapide d'interventions de prévention secondaire et de prise en charge thérapeutique. À titre d'exemple, l'évaluation dans le cadre d'un DPD permet de soigner et rassurer plusieurs patients âgés atteints de pseudo-démence (p. ex. dépression), identifier et traiter les démences pouvant être réversibles et prévenir l'aggravation ultérieure de ces pathologies¹⁰. Par ailleurs, les interventions visant à ralentir la progression des symptômes de la démence seraient les plus bénéfiques en phase initiale de la maladie, et le patient diagnostiqué précocement peut jouer une part plus active dans l'élaboration de son plan de traitement actuel et futur¹¹. Malgré ce besoin identifié, les recherches démontrent que la démence est sous-diagnostiquée en phase initiale^{3,6,12-15}. Par ailleurs, bien que les médecins de famille soient souvent les premiers à être contactés par les patients croyant être atteints de démence^{16,17}, celle-ci ne serait pas décelée chez un nombre considérable d'individus dans le contexte des soins primaires¹⁶⁻¹⁹.

L'un des obstacles à l'accès au DPD concerne l'accès limité aux services d'évaluation de la démence^{3,7,20}. Entre autres, la langue du patient et du fournisseur de soins ainsi que le milieu géographique du patient (rural versus urbain) sont généralement associés à la disparité des soins de santé, les individus de minorités linguistiques et/ou de milieux ruraux étant généralement désavantagés²¹⁻²³. De tels facteurs pourraient ainsi influencer l'accès aux services de DPD. Cependant, les études effectuées dans ce domaine sont peu nombreuses et leurs résultats ne s'appliquent pas nécessairement à des

Affiliations des auteurs

1. École de psychologie, Université de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)
2. Unité de médecine familiale-Réseau de santé Vitalité et École de psychologie, Université de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)
3. Mount Allison University, Sackville (Nouveau-Brunswick)
4. Centre de formation médicale du Nouveau-Brunswick, Moncton (Nouveau-Brunswick)
5. Faculté des sciences de la santé et des services communautaires, Université de Moncton, Moncton (Nouveau-Brunswick)

Correspondance : Sarah Pakzad, Ph.D., École de psychologie, Université de Moncton, 18, av. Antonine-Maillet, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1A 3E9, Tél. : 506-858-4245, Courriel : sarah.pakzad@umoncton.ca

Remerciements : Nous désirons remercier les assistantes et assistants de recherche du Laboratoire de neuropsychologie cognitive de l'École de psychologie, à l'Université de Moncton, qui ont joué un rôle important dans la collecte des données dans le cadre de cette étude. Nous désirons également remercier les participants de cette étude et les représentants des associations pour âinés sollicités pour leur collaboration à cette étude. La réalisation de cette étude a été possible grâce à une subvention du Consortium national de formation en santé (CNFS).

Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Profils sociodémographique et linguistique des participants

Variable	Francophones		Anglophones	
	Ruraux % (n) [IC, 95 %]	Urbains % (n) [IC, 95 %]	Ruraux % (n) [IC, 95 %]	Urbains % (n) [IC, 95 %]
Sexe				
Homme	29,2 (21) [19,9-40,5]	25,0 (3) [8,9-53,2]	46,7 (14) [30,2-63,9]	30,2 (13) [18,6-45,1]
Femme	70,8 (51) [59,5-80,1]	75,0 (9) [46,8-91,1]	53,3 (16) [36,1-69,8]	69,8 (30) [54,9-81,4]
Niveau de scolarité				
Primaire/secondaire	45,8 (33) [34,8-57,3]	8,3 (1) [1,5-35,4]	36,7 (11) [21,9-54,5]	50,0 (21) [35,5-64,5]
Collégial/universitaire	54,2 (39) [42,7-65,2]	91,7 (11) [64,6-98,5]	63,3 (19) [45,5-78,1]	50,0 (21) [35,5-64,5]
Statut marital				
Marié/union libre	75,0 (54) [63,8-83,6]	66,7 (8) [39,1-86,2]	86,7 (26) [70,3-94,7]	51,2 (22) [36,8-65,4]
Autre	25,0 (18) [16,4-36,1]	33,3 (4) [13,8-60,9]	13,3 (4) [5,3-29,7]	48,8 (21) [34,6-63,2]
Habilités linguistiques				
Unilingue	46,5 (33) [35,4-58,0]	8,3 (1) [1,5-35,4]	93,3 (28) [78,7-98,2]	88,4 (38) [75,5-94,9]
Bilingue	53,5 (38) [42,0-64,6]	91,7 (11) [64,6-98,5]	6,7 (2) [1,8-21,3]	11,6 (5) [5,1-24,5]
Importance de la langue des services de soins de santé				
Important	80,3 (57) [69,6-87,9]	83,3 (10) [55,2-95,3]	80,0 (24) [62,7-90,5]	74,4 (32) [59,8-85,1]
Plus ou moins important	19,7 (14) [12,1-30,4]	16,7 (2) [4,7-44,8]	20,0 (6) [9,5-37,3]	25,6 (11) [14,9-40,2]
Langue de choix concernant les services de soins de santé				
Langue principale	94,4 (68) [86,6-97,8]	66,7 (8) [39,1-86,2]	100,0 (30) [88,6-100,0]	88,4 (38) [75,5-94,9]
Aucune préférence	5,6 (4) [2,2-13,4]	33,3 (4) [13,8-60,9]	0,0 (0) [0,0-11,4]	11,6 (5) [5,1-24,5]

IC = intervalle de confiance.

régions telles le Nouveau-Brunswick, considéré majoritairement rural et, bien que bilingue, minoritairement francophone. À notre connaissance, aucune étude n'a exploré l'impact du milieu géographique et du contexte linguistique sur l'accès à des services de DPD au Nouveau-Brunswick. D'ailleurs, les francophones du Nouveau-Brunswick, en étant une minorité linguistique, pourraient faire face à un obstacle supplémentaire en comparaison aux anglophones de la province.

Ainsi, la présente étude vise à explorer les perceptions qu'ont les résidents âgés du Nouveau-Brunswick en ce qui concerne l'accessibilité, la disponibilité et la satisfaction quant aux services de DPD, et ce, en tenant compte de leur contexte linguistique et géographique. Puisque les médecins de famille ont un rôle à jouer dans le DPD, la perception des aînés du Nouveau-Brunswick concernant les services de médecine familiale et générale est également explorée. Ces informations devraient permettre une meilleure compréhension des obstacles à l'accès au DPD au Nouveau-Brunswick et par conséquent, l'amélioration de cet accès en fonction du besoin et du contexte de ses résidents.

MÉTHODE

Participants

Les participants de cette étude sont des résidents du Nouveau-Brunswick âgés de 65 ans et plus n'ayant reçu aucun diagnostic de trouble cognitif léger ou de démence. Dans cette étude, les participants urbains sont ceux des régions métropolitaines de recensement canadien (Moncton et Saint John). Dieppe et Riverview faisant parti du Grand Moncton, les résidents de ces deux villes ont également été considérés urbains. Les autres régions ont été considérées rurales.

La langue des participants a été déterminée en fonction de la langue principalement parlée à la maison. Dans les cas où le français était autant parlé que l'anglais, la langue principale a été déterminée en fonction de la langue maternelle.

Mesures

Les données sociodémographiques et linguistiques des participants ainsi que leurs perceptions concernant l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de médecine familiale et générale et de

ceux pour personnes atteintes de démence ont été explorées à l'aide d'un questionnaire. Les questions concernant la perception de ces services ont été tirées et adaptées du questionnaire de Penchansky et Thomas (1981)²³, ou créées en fonction des dimensions de l'accessibilité définies par ces auteurs. Le niveau d'accord avec chacun des énoncés est rapporté sur des échelles de type Likert en cinq points, où 1 correspond à « en désaccord », et 5, à « d'accord ». Ce questionnaire comprenant une quinzaine de questions a été traduit dans les deux langues par deux traducteurs indépendants à l'étude et a fait l'objet d'un pré-test auprès d'un groupe d'aînés ne participant pas au projet.

Procédure

Suite à l'autorisation du comité éthique de l'Université de Moncton, les participants ont été sollicités lors de réunions d'associations pour personnes âgées de la province. Un formulaire de consentement et le questionnaire ont été distribués aux intéressés, et ce, dans leur langue de choix. Quelques autres participants ont été recrutés par l'entremise d'annonces diffusées au sein de ces associations et de bouche à oreille.

Analyses

Les données recueillies à l'aide des échelles de type Likert ont été dichotomisées pour le but des analyses (les cotes de 4 et de 5 correspondant à « d'accord », et le reste, à « pas en accord ou ne sais pas »). Des analyses univariées et des tests exacts de Fisher ont été effectués sur le pourcentage d'accord avec chacun des énoncés, et ce, en fonction de la langue et du milieu géographique des participants. Les intervalles de confiance (IC) relatifs aux pourcentages ont également été calculés.

RÉSULTATS

Deux cent dix-neuf participants ont été recrutés. Les participants ne rencontrant pas les critères d'éligibilité (c.-à.-d. ne résidant pas au Nouveau-Brunswick, ayant des troubles cognitifs ou ayant moins de 65 ans) ou présentant plusieurs données manquantes ou contradictoires ont été exclus de l'étude. L'échantillon final est ainsi composé de 157 participants âgés de 65 à 82 ans ($M = 71,7$ ans, $ÉT = 5,2$ ans) provenant de huit comtés distincts de la province. Plus précisément, les données de 72 francophones ruraux, 12 franco-

Tableau 2. Perceptions des participants concernant les services de médecine familiale et générale

Variable	Francophones		Anglophones	
	Ruraux % (n) [IC, 95 %]	Urbains % (n) [IC, 95 %]	Ruraux % (n) [IC, 95 %]	Urbains % (n) [IC, 95 %]
Mon médecin de famille m'offre des services de haute qualité.	95,8 (68) [88,3-98,6]	91,7 (11) [64,6-98,5]	93,3 (28) [78,7-98,2]	95,2 (40) [84,2-98,7]
Il est difficile pour moi de me rendre chez mon médecin de famille.	10,0 (7) [49,3-19,2]	0,0 (0) [0,0-27,8]	0,0 (0) [0,0-12,1]	12,5 (5) [5,5-26,1]
Dans ma région, des services médicaux de bonne qualité sont disponibles.	85,7 (60) [75,7-92,0]	100,0 (12) [75,8-100,0]	96,7 (29) [83,3-99,4]	100,0 (43) [91,8-100,0]
Où allez-vous le plus souvent pour des conseils par rapport à votre état de santé?				
Médecin de famille	93,1 (67) [84,8-97,0]	91,7 (11) [64,6-98,5]	96,7 (29) [83,3-99,4]	90,7 (39) [78,4-96,3]
Autre	6,9 (5) [3,0-15,2]	8,3 (1) [1,5-35,4]	3,3 (1) [0,6-16,7]	9,3 (4) [3,7-21,6]
Mon médecin de famille communique avec moi dans ma langue préférée.	95,8 (69) [88,4-98,6]	91,7 (11) [64,6-98,5]	100,0 (30) [88,6-100,0]	100,0 (43) [91,8-100,0]
La secrétaire de mon médecin de famille me parle dans ma langue préférée.	97,2 (70) [90,4-99,2]	83,3 (10) [55,2-95,3]	100,0 (30) [88,6-100,0]	97,7 (42) [87,9-99,6]
À l'hôpital de ma région, les employés sont capables de communiquer dans ma langue préférée.	97,2 (70) [90,4-99,2]	100,0 (11) [74,1-100,0]	86,7 (26) [70,4-94,7]	97,7 (42) [87,9-99,6]
Dans ma région, la plupart des employés des services communautaires sont capables de communiquer dans ma langue préférée.	97,2 (70) [90,4-99,2]	81,8 (9) [52,3-94,9]	100,0 (30) [88,6-100,0]	100,0 (43) [91,8-100,0]
Dans ma région, des services médicaux de bonne qualité sont disponibles dans ma langue préférée.	92,6 (63) [83,9-96,8]	100,0 (12) [75,8-100,0]	96,7 (29) [83,3-99,4]	100,0 (43) [91,8-100,0]

IC = intervalle de confiance.

Tableau 3. Perceptions des participants concernant les services pour personnes atteintes de démence

Variable	Francophones		Anglophones	
	Ruraux % (n) [IC, 95 %]	Urbains % (n) [IC, 95 %]	Ruraux % (n) [IC, 95 %]	Urbains % (n) [IC, 95 %]
Dans ma région, des services sont disponibles pour les personnes atteintes de démence.	56,3 (40) [44,8-67,2]	75,0 (9) [46,8-91,1]	43,3 (13) [27,4-60,8]	88,4 (38) [75,5-94,9]
Dans ma région, des services sont disponibles pour les personnes atteintes de démence dans ma langue préférée.	55,6 (40) [44,1-66,5]	75,0 (9) [46,8-91,1]	43,3 (13) [27,4-60,8]	90,7 (39) [78,4-96,3]
Si je croyais être en train de développer la démence, je me sentirais à l'aise d'en discuter avec mon médecin de famille.	93,0 (66) [84,6-97,0]	91,7 (11) [64,6-98,5]	100,0 (30) [88,6-100,0]	90,7 (39) [78,4-96,3]
Si vous croyiez que vous étiez en train de développer la démence, où iriez-vous pour des conseils médicaux?				
Médecin de famille	98,6 (71) [92,5-99,8]	91,7 (11) [64,6-98,5]	100,0 (30) [88,6-100,0]	95,3 (41) [84,5-98,7]
Autre	1,4 (1) [0,2-7,5]	8,3 (1) [1,5-35,4]	0,0 (0) [0,0-11,4]	4,7 (2) [1,3-15,5]

IC = intervalle de confiance.

phones urbains, 30 anglophones ruraux et 43 anglophones urbains ont été analysés. Leurs caractéristiques sociodémographiques et linguistiques sont présentées au tableau 1.

Perceptions des services de soins de médecine familiale et générale

Tous les participants sauf un ont rapporté avoir un médecin de famille. Tel que rapporté au tableau 2, malgré une proportion significativement plus faible de francophones ruraux (85,6 %) que d'anglophones urbains (100 %) ayant indiqué que des services médicaux de bonne qualité sont disponibles dans leur région ($p=0,013$), la majorité des participants de l'étude semblent satisfaits de la disponibilité de ces services dans leur région et dans leur langue de choix. En outre, selon les participants, parmi les choix proposés, le médecin de famille serait la source principale, voire presque unanime, de conseils sur l'état de santé recherchée au besoin. De plus, la très grande majorité des participants rapportent pouvoir communiquer dans leur langue de choix avec les professionnels de la santé de leur région. La disponibilité des services de santé communautaires dans la langue de choix serait toutefois significativement plus faible chez les francophones de cette étude vivant en milieu urbain que chez les anglophones urbains (81,8 % comparativement à 100 %, respectivement; $p=0,004$).

Services de soins pour personnes atteintes de la démence

Tel que rapporté au tableau 3, environ la moitié des participants ruraux francophones et anglophones de l'étude se disent généralement peu confiants de la disponibilité des services de soins de santé pour personnes atteintes de la démence dans leur région et dans leur langue de choix. Plus précisément, comparativement aux participants anglophones urbains, significativement moins de participants ruraux francophones et anglophones rapportent croire que de tels services sont disponibles dans leur région ($p<0,001$) et dans leur langue ($p<0,001$). Malgré tout, la plupart des participants ont indiqué que le médecin de famille serait la source de conseils recherchée s'ils croyaient développer la démence et qu'ils seraient à l'aise de discuter de telles inquiétudes avec ce dernier.

DISCUSSION

De façon globale, les participants de l'étude ont une perception positive de la qualité, de la disponibilité et de l'accessibilité aux services de médecine familiale et générale. Cependant, concernant la disponibilité de ces services dans la langue de choix, les participants urbains francophones se perçoivent légèrement moins favorisés comparativement aux participants urbains anglophones. À ce sujet, il faut toutefois souligner que même si les francophones ruraux sont ceux qui ont une moins bonne connaissance de l'anglais, ces

derniers vivent des milieux davantage francophones, comparative-ment aux francophones urbains.

En ce qui concerne le DPD, les résultats suggèrent que les résidents des milieux ruraux, peu importe leur contexte linguistique, ont une perception relativement négative de l'accessibilité aux services pour personnes atteintes de démence. Toutefois, il faut noter que les personnes âgées francophones du Nouveau-Brunswick sont majoritaires dans les régions non métropolitaines alors que les personnes âgées anglophones sont réparties de façon sensiblement équivalente entre les régions métropolitaines et les autres régions de la province²⁴. Ceci étant dit, les aînés francophones du Nouveau-Brunswick pourraient être particulièrement à risque de ne pas avoir accès aux services de DPD.

En outre, la majorité des participants de cette étude perçoivent leur médecin de famille comme la première source de soins et de conseils recherchée, s'ils croyaient être en train de développer la démence. Nos résultats appuient donc les recherches suggérant que les médecins de famille constituent la ligne de soins primaires en ce qui concerne l'évaluation de la démence^{16,17}. Ces derniers auraient ainsi un rôle et une responsabilité non négligeable dans la gestion de la démence. Évidemment, seuls les médecins connaissant les lignes directrices relatives à l'évaluation et à la prise en charge de la démence peuvent toutefois jouer un rôle instrumental dans le DPD et dans l'implantation d'interventions thérapeutiques, psychologiques et sociales favorisant une meilleure qualité de vie chez les patients atteints de démence et leur famille. Par conséquent, dans une étude ultérieure, il conviendra de vérifier les perceptions, attitudes et connaissances qu'ont les médecins de famille du Nouveau-Brunswick vis-à-vis la démence, son évaluation et sa prise en charge.

Par ailleurs, bien que les aînés de cette étude déclarent que le médecin de famille serait la source médicale à consulter s'ils croyaient être en train de développer la démence, il n'est pas clair s'ils utilisent effectivement ces services. L'exploration des perceptions et des attitudes des aînés du Nouveau-Brunswick vis-à-vis la démence et la recherche de son diagnostic est donc de mise pour mieux répondre à ce réel problème de santé publique¹⁴.

Cette étude comporte néanmoins quelques limites. D'abord, compte tenu de la taille modeste de l'échantillon, en particulier celle concernant les participants francophones urbains, les résultats des analyses statistiques doivent être interprétés avec précautions. De plus, les participants de la présente étude sont issus d'un échantillonnage de convenance, limitant ainsi la généralisation des résultats à l'ensemble de la population des personnes âgées du Nouveau-Brunswick. Par ailleurs, indépendamment de notre volonté, il s'avère qu'aucun des participants recrutés dans le cadre de l'étude ne provenait des régions du sud-ouest de la province, leurs perceptions n'ayant donc pu être examinées. De plus, le niveau de scolarité des participants de cette étude est relativement élevé, ceci ne représentant pas nécessairement le niveau de scolarité de l'ensemble de la population de cet âge au Nouveau-Brunswick.

En outre, il serait souhaitable d'explorer la perception des participants qui ont vécu une ou plusieurs expériences de vie auprès des proches diagnostiqués avec la démence ainsi que leur perception quant au soutien des autres professionnels de la santé. De même, il serait intéressant d'interroger d'autres professionnels de la santé à ce sujet.

Pour terminer, les résultats de cette étude, laquelle est une première au Nouveau-Brunswick dans le domaine, soulignent des par-

ticularités importantes de cette province en matière de diagnostic précoce de démence et de relation patient-médecin : le problème semble avant tout être un problème d'ordre géographique que linguistique.

RÉFÉRENCES

1. Société Alzheimer du Canada. Raz-de-marée : Impact de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes au Canada, 2010. Sur Internet : www.alzheimer.ca (consulté le 22 juin 2011).
2. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *Lancet* 2006;366:2112-17.
3. Bradford A, Kunik ME, Schulz P, Williams SP, Singh H. Missed and delayed diagnosis of dementia in primary care: Prevalence and contributing factors. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2009;23(4):306-14.
4. Todd S, Passmore AP. Best practice in dementia care: Assessment, diagnosis, and treatment. *Neurology Insights Europe* 2009;8-13.
5. Turner S, Iliffe S, Downs M, Wilcock J, Bryans M, Levin E, et al. General practitioners' knowledge, confidence and attitudes in the diagnosis and management of dementia. *Age & Ageing* 2004;33(5):461-67.
6. van Hout H, Vernooij-Dassen M, Bakker K, Blom M, Grol R. General practitioners on dementia: Tasks, practices and obstacles. *Patient Educ Couns* 2000;39:219-25.
7. Waldermar G, Phung KTT, Burns A, Georges J, Hansen FR, Iliffe S, et al. Access to diagnostic evaluation and treatment for dementia in Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:47-54.
8. Marin DB, Sewell MC, Schlechter A. Alzheimer's disease. Accurate and early diagnosis in the primary care setting. *Geriatrics* 2002;57(2):36-40.
9. Moise P, Schwarzwinger M, Um MY. Dementia care in 9 OECD countries: A comparative analysis. OECD Health Working Papers, No. 13. OECD Publishing, 2004.
10. Camicioli R. Distinguer les différents types de démences. *Revue can maladie d'Alzheimer et autres démence* 2006;8(4):4-11.
11. Milne A. Dementia screening and early diagnosis: The case for and against. *Health, Risk & Society* 2010;12(1):65-76.
12. Bond J, Stave C, Sganga A, Vincenzino O, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: Key findings of the Facing Dementia Survey. *Int J Clin Pract* 2005;59(Suppl. 146):8-14.
13. Boustani M, Peterson B, Hanson L, Harris R, Lohr KN. Screening for dementia in primary care: A summary of evidence for the U.S. Preventive Service Task Force. *Ann Intern Med* 2003;138(11):927-37.
14. Moorhouse P. Le dépistage de la démence en première ligne. *Revue can maladie d'Alzheimer et autres démences* 2009;12(1):8-12.1.
15. Teel CS. Rural practitioners' experiences in dementia diagnosis and treatment. *Aging Ment Health* 2004;8(5):422-29.
16. Massoud F, Lysy P, Bergman H. Care of dementia in Canada: A collaborative care approach with a central role for the primary care physician. *J Nutr Health Aging* 2010;14(2):105-6.
17. Chow TW, Binder C, Smyth S, Cohen S, Robillard A. 100 Years after Alzheimer: Contemporary neurology practice assessment of referrals for dementia. *Am J Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2009;23(6):516-27.
18. Borson S, Scanlan J, Hummel J, Gibbs K, Lessig M, Zuh E. Implementing routine cognitive screening of older adults in primary care: Process and impact on physician behavior. *JGIM* 2007;22:811-17.
19. Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med* 2000;160:2964-68.
20. Knopman D, Donohue JA, Guterman EM. Patterns of care in the early stages of Alzheimer's disease: Impediments to timely diagnosis. *J Am Geriatr Soc* 2000;48(3):300-4.
21. Yeo S. Language barriers and access to care. *Annu Rev Nurse Res* 2004;22:59-73.
22. Arcury TA, Gesler WM, Preisser JS, Sherman J, Spencer J, Perin J. The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Serv Res* 2005;40(1):135-56.
23. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: The definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19(2):127-40.
24. Statistique Canada. Langue : Faits saillants en tableaux, Recensement de 2006. Le Quotidien, 4 décembre 2007. No. Cat. 97-555-XWF2006002.

ABSTRACT

OBJECTIVES: The early diagnosis of dementia (EDD) enables the identification of reversible causes of dementia and allows the timely implementation of secondary preventive and therapeutic interventions. This study explores New Brunswick seniors' perceptions of the accessibility and availability of EDD services as well as their satisfaction with them while taking into account their language of use and place of residence (urban or rural).

PERCEPTION DE L'ACCÈS AU DPD AU N.-B.

METHOD: Self-administered survey exploring perceptions of EDD services in Francophone and Anglophone seniors from rural and urban areas of New Brunswick. Univariate and bivariate analyses were carried out.

RESULTS: Of the 157 participants aged 65 years and over who filled out the survey and whose data were analyzed, 84 identified as Francophone, 72 of whom lived in rural areas. Bivariate analyses showed that linguistic groups were comparable with regard to their perceptions of the availability, access to, and satisfaction with EDD services. However, when taking the geographic dimension into account, linguistic intergroup and intragroup disparities were observed, notably in the areas pertaining to the type of services available in the area.

CONCLUSIONS: These results suggest that seniors who live in rural areas of New Brunswick are a particularly vulnerable group with perceived limited access to EDD services in their area.

KEY WORDS: Dementia; early diagnosis; rural health; health care; linguistic minority