

Dépistage cognitif chez les patients plus âgés

Frank Molnar MSc MDCM FRCPC Chris Frank MD CCFP(COE) FCFP

Question clinique

Qui devrais-je évaluer pour la déficience cognitive et de quels outils de dépistage devrais-je me servir?

Résultats

Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs recommande ce qui suit :

Ne pas dépister la déficience cognitive chez les adultes asymptomatiques de 65 ans et plus (Recommandation forte, données probantes de faible qualité.) La recommandation ne s'applique pas aux hommes et aux femmes qui ont des symptômes laissant présager une déficience cognitive (p. ex. perte de mémoire, problèmes de langage, attention, fonction visuospatiale ou exécutive, symptômes comportementaux ou psychologiques) ni aux personnes suspectées d'avoir une déficience cognitive par des cliniciens, la famille ou des amis¹.

Si la famille et les amis ne signalent pas l'existence d'une déficience cognitive (parce qu'ils ne la remarquent pas ou qu'ils la prennent à tort pour un « vieillissement normal »), le défi pour les cliniciens est de reconnaître les signes qui devraient les alerter de ses formes plus subtiles. Lorsqu'une déficience est soupçonnée, quels sont les outils de dépistage dont devraient se servir les cliniciens pour confirmer leurs doutes? Ces questions sont d'autant plus pertinentes que les modes d'accès à l'Évaluation cognitive de Montréal (MoCA) ont changé. Le mini-examen de l'état mental était auparavant l'outil le plus communément utilisé, jusqu'à ce que les droits de propriété intellectuelle aient été transférés à une entreprise qui a commencé à faire payer pour son utilisation. De nombreux médecins de famille ont alors commencé à utiliser le MoCA. Récemment, l'un des concepteurs du MoCA a annoncé qu'il commencerait à facturer pour la formation, la certification et l'accès à l'ensemble des ressources du site Web.cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/montreal-cognitive-assessment-moca. Il était à prévoir que beaucoup se demanderaient : « Quels sont les autres outils à notre disposition qui ont été validés dans les soins primaires? »

Données probantes

Des revues antérieures des ouvrages scientifiques ont relevé 6 examens de dépistage cognitif raisonnablement brefs et validés dans les soins primaires (pas toujours disponibles ou validés en français) : le Mini-Cog, l'épreuve du MIS, le General Practitioner Assessment of Cognition, le Short Portable Mental Status Questionnaire,

le test du Rappel libre/Rappel indicé (adaptation du Free and Cued Selective Reminding Test) et le 6 Item Cognitive Impairment Test²⁻⁹.

Pour en apprendre davantage sur le choix des épreuves de dépistage cognitif, veuillez visiter le www.dementia.screen.ca.

Approche

Les patients ne vous consultent pas toujours à propos de troubles cognitifs, même lorsqu'ils en souffrent (de fait, les patients atteints de la démence d'Alzheimer peuvent se rendre de moins en moins compte de leur déficience cognitive). Certains aidants considèrent à tort les changements cognitifs comme un « vieillissement normal », et ne mentionnent donc pas ce problème. Il importe de surveiller les signes plus subtils de la démence (**Encadré 1**) pour identifier les personnes chez qui un dépistage s'impose.


Lorsque les patients ou la famille soulèvent des préoccupations entourant la cognition, ne présumez pas qu'il s'agit d'un signe normal de vieillissement; envisagez toujours une évaluation formelle. Les lignes directrices de la Quatrième conférence consensuelle sur le diagnostic et le traitement de la démence peuvent aider à orienter l'approche générale dans l'évaluation initiale, qui devrait inclure le dépistage cognitif, la revue des médicaments et l'investigation des facteurs auxquels il est possible de remédier¹⁰.

Encadré 1. Signes comportementaux évocateurs de la démence

- Fréquence des appels à la clinique, ou des visites chez le médecin ou à l'urgence
- Mauvais historien, vague, semble « absent », répétition des mêmes questions ou histoires
- Non-conformité récente à la médication ou aux instructions (perte de la capacité de gérer des problèmes médicaux concomitants alors qu'il le pouvait avant)
- Changements dans l'apparence, l'humeur, la personnalité, le comportement
- Difficultés à trouver ses mots, interactions sociales diminuées
- Rendez-vous — omettre de se présenter ou se tromper de jour
- Confusion: delirium postopératoire ou avec une maladie ou de nouveaux médicaments
- Perte pondérale chez une personne plus âgée vivant seule
- Conduite automobile: accident, problèmes, contraventions, inquiétude de la famille
- Signe de la rotation de la tête (se tourner vers l'aidant pour donner des réponses)

Élaboré par le Dr W. Dalziel et imprimé avec sa permission.

Mise en pratique

Il faut utiliser un outil de dépistage cognitif en plus de passer en revue les effets de la déficience cognitive sur le fonctionnement, avec la corroboration de la famille, si possible. Il n'existe pas de score précis dans les épreuves, quelles qu'elles soient, permettant de poser un diagnostic définitif de démence; votre connaissance du patient et de son fonctionnement revêt une grande importance. Le score obtenu à l'épreuve de dépistage est pertinent, mais ne représente qu'un facteur parmi plusieurs. La façon dont le patient aborde les tâches, celles qu'il exécute bien et celles plus difficiles à effectuer, peut fournir des renseignements cliniques utiles, surtout si on la compare aux capacités antérieures. À mesure que progresse le trouble cognitif, il convient de répéter le test, avec le même outil, pour obtenir certains renseignements objectifs. 

Le **D^r Molnar** est spécialiste en médecine gériatrique et exerce à Ottawa (Ontario). Le **D^r Frank** est médecin de famille et exerce à Kingston (Ontario).

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Références

1. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; Pottie K, Rahal R, Jaramillo A, Birtwhistle R, Thombs BD et coll. Recommendations on screening for cognitive impairment in older adults. *CMAJ* 2016;188(1):37-46.
2. Lorentz WJ, Scanlan JM, Borson S. Brief screening tests for dementia. *Can J Psychiatry* 2002;47(8):723-33.
3. Brodaty H, Low LF, Gibson L, Burns K. What is the best dementia screening instrument for general practitioners to use? *Am J Geriatr Psychiatry* 2006;14(5): 391-9.

4. Milne A, Culverwell A, Guss R, Tuppen J, Whelton R. Screening for dementia in primary care: a review of the use, efficacy and quality of measures. *Int Psychogeriatr* 2008;20(5):911-26. Publ. en ligne du 5 juin 2008.
5. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(2):111-20.
6. Lin JS, O'Connor E, Rossom RC, Perdue LA, Eckstrom E. Screening for cognitive impairment in older adults: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2013;159(9):601-12. Erratum dans: *Ann Intern Med* 2014;160(1):72.
7. Yokomizo JE, Simon SS, Machado de Campos Bottino C. Cognitive screening for dementia in primary care: a systematic review. *Int Psychogeriatr* 2014;26(11):1783-804. Publ. en ligne du 15 juill. 2014.
8. Tsoi KKF, Chan JYC, Hirai HW, Wong SYS, Kwok TCY. Cognitive tests to detect dementia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Med* 2015;175(9):1450-8.
9. Abd Razak MA, Ahmad NA, Chan YY, Mohamad Kasim N, Yusof M, Abdul Ghani MKA et coll. Validity of screening tools for dementia and mild cognitive impairment among the elderly in primary health care: a systematic review. *Public Health* 2019;169:84-92. Publ. en ligne du 1^{er} mars 2019.
10. 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).

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, rendez-vous à www.cfp.ca et cliquez sur le lien Mainpro.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the **January 2020** issue on **page 40**.



Les Perles gériatriques sont produites de concert avec le *Canadian Geriatrics Society Journal of CME*, une revue révisée par des pairs publiée par la Société canadienne de gériatrie (www.geriatricsjournal.ca). Les articles font la synthèse des données probantes tirées des articles publiés dans la revue *Canadian Geriatrics Society Journal of CME* et présentent des approches pratiques à l'intention des médecins de famille qui soignent des patients âgés.